

التحليل التلوي لمدى تأثير الدين والمعنوية في علاج الاضطرابات النفسية والسريرية خلال الأعوام ٢٠٠٣ الى ٢٠١٣

مريم صفآرا*^١، نجمة بلالي دهكردى^٢، سماعة سادات سديدبور^٣

١- مركز دراسات المرأة، قسم علم النفس، جامعة الزهراء، طهران، ايران.

٢- قسم الارشاد والاستشارة النفسية، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة اصفهان، اصفهان، ايران.

٣- قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة خوارزمي، طهران، ايران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة مريم صفآرا؛ البريد الإلكتروني: m.safara@alzahra.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ٢٤ رمضان ١٤٤٠
 وصول النص النهائي: ١ ذى الحجة ١٤٤٠
 القبول: ١١ ذى الحجة ١٤٤٠
 النشر الإلكتروني: ٢٣ محرم ١٤٤١

الكلمات الرئيسية:

التحليل التلوي
 الدين
 الصحة العقلية
 المعنوية

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: بالرغم من أن الدين كان يعتبر في القرن السابق عقبة أمام تقدم المجتمعات البشرية وهو يدل على التمسك بالعصور القديمة بيد أنه بشكل عام يجد الشخص المتدين الذي يرى الله في جميع اركان حياته، الشعور بالطمأنينة والراحة المعنوية العميقة. ولهذا فإن السؤال الذي يطرح نفسه هو أنه على الرغم من الاختلاف في وجهات النظر، هل يمكن للدين أن يكون مؤثراً بالفعل في تعزيز الصحة العقلية؟ يسعى هذا البحث الى جانب دراسة العلاقة بين الصحة العقلية والتدين، أن يقوم بدراسة تشتت الاتساع لهذه النتائج البحثية.

منهجية البحث: اجريت الدراسة بطريقة التحليل التلوي وأدرجت ضمن المجموعة البحثية التي تعتمد على المراجعة المنهجية. تسعى المراجعة البحثية الى استقرار وتركيب الدراسات والشواهد التي تركز على سؤال محدد. اشتمل المجتمع الإحصائي لهذا البحث على المقالات العلمية والبحثية المرتبطة بالموضوع والتي تم نشرها خلال فترة زمنية بين عام ٢٠٠١ حتى بداية عام ٢٠١٦. وفي البداية تمت الدراسات المبدئية ومن بعد ذلك تم جمع البيانات. كانت الدراسات المختارة تتسم بموثوقية جيدة (٠/٩٩)؛ وبالطبع كانت الموثوقية في الدراسات الايرانية أكثر من الدراسات اللاتينية بنسبة ضئيلة. إن مؤلفي البحث لم يشيروا الى اي تضارب في المصالح.

الكشوفات: إن الصحة العقلية والفرح والقناعة بالحياة كانت من المواضيع التي تكررت في المقالات الايرانية كثيرا وكان عدم تجانس المتغيرات منخفض نسبياً. في الدراسات اللاتينية تمت دراسة تأثير التدين على الصحة وجودة الحياة والاكتئاب أكثر من المواضيع الاخرى وكان التباين في المتغيرات في الدراسات اللاتينية أكثر من الدراسات الايرانية. اظهرت الكشوفات أن ٣٤ % من كل المقالات قدّرت حجم التأثير بنسبة قليلة و ٣/٣٤ % منها قدرته بنسبة كثيرة وكذلك ٣١ % بنسبة متوسطة.

الاستنتاج: تم تقييم شدة تأثير التدين في المقالات الايرانية أكثر من مثيلاتها اللاتينية. وبدل التشابه في شدة الفعالية القليلة والكثيرة في الدراسات الايرانية على أنه لازلتا بحاجة الى مزيد من الدراسات المتنوعة في هذا المجال.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Safara M, Balali Dehkordi N, Sadidpour SS. A meta-analysis of the effect of religiosity and spirituality on treatment of psychotic-clinical disorders (2003-2013). J Res Relig Health. 2019; 5(3): 124- 136. doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i3.20907>.

فرا تحلیل اثربخشی دین‌داری و معنویت در درمان اختلالات روانی - بالینی طی سال ۲۰۰۳-۲۰۱۳

مریم صف‌آرا^{۱*}، نجمه بلالی دهکردی^۲، سمانه سادات سدیدپور^۳

۱- پژوهشکده‌ی زنان، گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- گروه جامعه‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

*مکاتبات خطاب به خانم مریم صف‌آرا؛ رایانامه: m.safara@alzahra.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۸ خرداد ۱۳۹۸

دریافت متن نهایی: ۱۲ مرداد ۱۳۹۸

پذیرش: ۲۲ مرداد ۱۳۹۸

نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۳۹۸

واژگان کلیدی:

دین

سلامت روان

فرا تحلیل

معنویت

چکیده

سابقه و هدف: اگرچه دین در قرن بیستم مانعی برای پیشرفت جوامع بشری و نشانه‌ی کهنه‌پرستی محسوب می‌شد؛ به‌طورکلی، برای فرد دین‌داری که خود را در حمایت همه‌جانبه‌ی خداوند می‌بیند، احساس آرامش و لذت معنوی عمیق به همراه دارد. از این رو، سؤالی که مطرح می‌شود این است که با توجه به تفاوت نگرش‌های موجود، آیا به‌واقع دین می‌تواند در تقویت سلامت روان افراد مؤثر باشد؟ هدف پژوهش حاضر این بود که ضمن مطالعه‌ی رابطه‌ی سلامت روان و دین‌داری، گستره‌ی پراکنده‌ی نتایج مطالعات این حوزه را نیز بررسی کند.

روش کار: روش این پژوهش فرا تحلیل بود و در گروه پژوهش‌هایی قرار دارد که بر بازنگری سامانمند تکیه می‌کند. بازنگری سامانمند در پی استقرار و ترکیب پژوهش‌ها و شواهدی است که بر پرسش خاصی تمرکز دارد. جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر، مقالات علمی-پژوهشی مرتبط با موضوع بود که در فاصله‌ی زمانی سال‌های ۱۳۸۰ تا اوایل سال ۱۳۹۵ منتشر شده بود. ابتدا مطالعه‌ی مقدماتی انجام و بعد از آن داده‌ها گردآوری شد. اعتبار پژوهش‌های منتخب نیز بسیار مطلوب به دست آمد (۰/۹۹)؛ البته اعتبار در مطالعات ایرانی به میزان بسیار کم، از مطالعات لاتین بیشتر بود. نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: سلامت روان، شادی و رضایت از زندگی، از جمله موضوعاتی هستند که در مقالات ایرانی بسیار تکرار شده‌اند و ناهمگنی متغیرها به نسبت پایین است. در پژوهش‌های لاتین تأثیر دین‌داری بیش از همه بر سلامت، کیفیت زندگی و افسردگی مطالعه شده است. تغییر و تنوع متغیرها در مطالعات لاتین بیشتر از مطالعات ایرانی است. یافته‌ها نشان می‌دهد حدود ۳۴ درصد از کل مقالات، شدت تأثیر را کم، ۳۴/۳ درصد زیاد و ۳۱/۴ درصد نیز آن را متوسط برآورد کرده‌اند.

نتیجه‌گیری: شدت تأثیر دین‌داری در مقالات ایرانی بیشتر ارزیابی شده است. یکسان بودن شدت تأثیر کم و زیاد در پژوهش‌های ایرانی نشان می‌دهد هنوز در این زمینه نیازمند پژوهش‌های متنوع‌تری هستیم.

استناد مقاله به این صورت است:

Safara M, Balali Dehkordi N, Sadidpour SS. A meta-analysis of the effect of religiosity and spirituality on treatment of psychotic-clinical disorders (2003-2013). *J Res Relig Health*. 2019; 5(3): 124- 136. doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i3.20907>.

مقدمه

کنترل درونی و بهره‌مندی از یک شبکه‌ی حمایتی، در مواقع استرس‌زا بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد و موجب افزایش آن می‌شود.

امروزه در بیشتر جوامع، زندگی انسان‌ها در تمامی ابعاد دستخوش تغییرات سریع و شگرفی است که بازتاب آن در زندگی فردی و اجتماعی بسیار محسوس است (۷). ارتباط بین روان‌شناسی و دین‌داری از موضوعات بسیار مهم است و تعدادی از روان‌شناسان در مورد ارزش دین‌داری سؤالاتی را مطرح و از آن انتقاد کرده‌اند (۸، ۹). همچنین تعدادی دیگر نیز نگاهی مثبت و امیدوارکننده به دین‌داری داشته‌اند (۱۰، ۱۱). در طول سال‌های بسیار، بیشتر روان‌شناسان نگرش مثبتی به روان‌شناسی دین داشته‌اند و آن را در زندگی افراد، ارزشمند دانسته‌اند (۱۲).

کوئنیگ^۲ که تحقیقات بسیاری درباره‌ی رابطه‌ی بین معنویت و مذهب با سلامت روان انجام داده، معتقد است که همیشه باورهای مذهبی با سلامت روان همراه نیست. گاهی متخصصان بالینی با مراجع‌کننده‌ی مذهبی برخورد می‌کنند که دچار احساس گناه، نشخوارهای فکری، نگرانی و احساس طردشدگی است که این امر می‌تواند به دلیل باورهای دینی وی باشد.

در قرن بیستم اعتقاد بیشتر دانشمندان بالینی این بود که دین عاملی منفی در بهداشت روانی و یا حداکثر عاملی خنثی است. ریشه‌ی این اعتقاد در افکار فروید است. به نظر وی اعتقادات مذهبی نوعی سازوکار دفاعی است که زائیده‌ی نیاز فرد به تحمل‌پذیر کردن تنهایی او است. نظریه‌پردازان بالینی نیز معتقدند افراد دارای عقاید مذهبی قوی بدگمان‌تر، غیرمنطقی‌تر، بی‌ثبات‌تر و دارای احساس گناه بیشتری نسبت به دیگران هستند و توانایی کمتری برای مقابله با مشکلات زندگی دارند (۱۳، ۱۴). در سال‌های اخیر، روان‌شناسان دین را نیرویی خارق‌العاده که به انسان قدرت معنوی می‌بخشد و او را در برابر سختی‌ها و مشکلات حفظ می‌کند و از اضطراب و نگرانی دور می‌سازد، تعریف کرده‌اند. این مطلب را بیشتر، پژوهش‌های تجربی که از ارتباط رفتارهای مذهبی و افزایش سلامت روان حمایت می‌کنند، تقویت کرده است (۱۵، ۱۶). در نتیجه بسیاری از روان‌شناسان طرفدار توجه بیشتر به نقش دین در سلامت روان هستند. کامر^۳ به پژوهش‌هایی استناد کرده است و بیان می‌کند که افراد مذهبی در مقایسه با افراد

از آنجاکه رفتار انسان بسیار پیچیده است، نظریه‌های بسیاری برای تبیین آن وجود دارد. عوامل زیادی در یک رفتار خاص نقش دارند و به‌طور کل رفتار، زندگی فرد را چه در ارتباط با دیگران، چه در ارتباط با خودش شکل می‌دهد. مذهب نظامی سازمان‌یافته از اعتقادات، اعمال و نمادهای طراحی‌شده برای نزدیکی به وجودی متعالی و پرورش درک درست از رابطه و مسئولیت در قبال دیگران است (۱). دین چهره‌ی جهان را در نظر فرد دین‌دار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد. فرد دین‌دار خود را در حمایت و لطف همه‌جانبه‌ی خداوند، بزرگ‌ترین نیروی موجود، می‌بیند و به‌این‌ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. چنین فردی به دلیل ناملایمات و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی‌شود؛ زیرا خدا را حامی خویش می‌داند (۲). یونگ^۱ درباره‌ی معنویت می‌گوید: «معنویت ایمان، اطمینان و امید را در شخص تقویت می‌کند و به ویژگی‌های اخلاقی و معنوی در فرد و اجتماع ثبات می‌بخشد و برای انسان پایگاه بسیار مهمی در مقابل مشکلات، مصائب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند» (۳). دانشمندان در پژوهش‌های خود به این نکته دست یافته‌اند که روان‌رنجوری، بیشتر علت اجتماعی-روانی دارد. در روان‌رنجوری تشخیص واقعیت از بین نمی‌رود و بیمار ضمن آگاهی از خود و مشکلات، فعالانه کمک می‌طلبد، ولی رفتارش در حدی که جامعه بتواند آن را تحمل کند، اثرگذار است (۴).

با توجه به تحقیقات انجام‌شده درباره‌ی ارتباط دین‌داری و سلامت روانی و جسمانی می‌توان چنین نتیجه گرفت که بین گرایش‌های دینی افراد و سلامت جسمانی و روانی رابطه وجود دارد. از طرفی موفقیت‌آمیز بودن نمایش اختلال‌های روانی مبتنی بر مذهب نیز مؤید وجود رابطه‌ی معکوس بین اختلالات روانی و دین‌داری است (۵). در مجموع، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که انجام اعمال مذهبی، ایمان و شرکت در مراسم مذهبی می‌تواند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به مشکلات روانی افراد و درمان آن داشته باشد و موجب ارتقای سطح سلامتی و بهزیستی آنان شود (۶). معنویت از طریق برخی سازوکارها همچون سبک مقابله‌ی مشارکتی،

²) Koenig

³) Comer

¹) Jung

نتایج نهایی تحقیقات تعیین و سپس راهکارها و پیشنهادات کاربردی آنها ارائه شود.

فرضیه‌ی اصلی پژوهش: به نظر می‌رسد رابطه‌ی دین‌داری و سلامت روان یک رابطه‌ی معنادار است.

روش کار

روش این پژوهش فراتحلیل بود و در گروه پژوهش‌هایی قرار دارد که بر بازنگری سامانمند تکیه می‌کند. بازنگری سامانمند در پی استقرار (قراردهی) و ترکیب پژوهش‌ها و شواهدی است که بر پرسش خاصی متمرکز است. در فراتحلیل کمی، محقق پس از شناسایی منابع، اطلاعات مورد نیاز خود را بر حسب اهدافی که در نظر دارد، استخراج می‌کند و آنها را وارد گردونه‌ی تحلیل ثانویه می‌کند. در فراتحلیل کمی آنچه اهمیت دارد دسترسی به سطح معناداری و اندازه‌ی اثر است. در صورتی که این اطلاعات در منابع مورد نظر موجود نباشد، محقق می‌تواند با توجه به حجم نمونه آنها را برآورد کند. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر مقالات علمی-پژوهشی مرتبط با موضوع بود که در فاصله‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۱ تا اوایل سال ۲۰۱۶ منتشر شده است.

معیارهای ورود به پژوهش و خروج از آن: در پژوهش حاضر بر اساس معیارهای مورد نظر فراتحلیل، مطالعات مرتبط دارای کلیدواژه‌هایی چون «معنویت و دین‌داری» بررسی شدند. مقالات علمی-پژوهشی لاتین نیز همین روند گردآوری را گذراندند، با این تفاوت که جستجو در وبگاه‌های علمی با واژه‌های Religiosity و Spirituality انجام شد. در نهایت برخی از مطالعات دارای داده‌های کمی، نظیر P، T، F برای بخش کمی تشخیص داده شد و وارد تحلیل شد، اما مطالعات کیفی و مطالعاتی که نتایج را به صورت کلی، بدون ارائه‌ی جدول‌ها و داده‌های مذکور ارائه داده بود و مطالعاتی که این محور مطالعاتی را نداشت از بررسی کنار گذاشته شد. در نهایت ۲۳ مطالعه‌ی فارسی و ۱۱ مطالعه‌ی لاتین مناسب ورود به بررسی تشخیص داده شد.

در پژوهش حاضر بر اساس معیارهای مورد نظر در فراتحلیل با مطالعه‌ی اجمالی، یک فرم جمع‌آوری اطلاعات تهیه و تدوین و اطلاعات مورد نظر در آن، در مرحله‌ی بعد با استفاده از این فرم جمع‌آوری شد. انتخاب مطالعات واجد شرایط، نکته‌ی حائز اهمیت مطالعات فراتحلیل است. مطالعات واجد شرایط برای قرار گرفتن در تحقیق انتخاب شدند. در

غیرمذهبی و کسانی که به توجه و حمایت خداوند اعتقادی ندارند کمتر احساس تنهایی می‌کنند و کمتر به بدبینی، افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. آنها در برابر استرس‌های عمده‌ی زندگی از بیماری گرفته تا جنگ، بهتر مقابله و کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند (۵، ۱۳). اما سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که با توجه به تفاوت نگرش‌های موجود، آیا به‌واقع دین می‌تواند در تقویت سلامت روان افراد مؤثر باشد؟

اهمیت فراتحلیل آنجا است که می‌تواند گزارش‌های گوناگون و متنوع پژوهشی، نوشته‌های بلا تکلیف و بدون استفاده‌ی مراکز پژوهشی سازمان‌ها و دانشگاه‌ها را از سرگردانی نجات دهد. فراتحلیل پژوهشگر را از اتکا به نتایج یک مطالعه‌ی انفرادی، یا اتکا به بازنگری‌های غیرکمی سنتی و روایتی مصون می‌دارد و فرصتی ارزنده برای او فراهم می‌کند تا بتواند تشابهات و تفاوت‌های روش‌شناختی را در نتایج چندین مطالعه درک کند و با دیدی تراکمی، تصویری کلی از یک فعالیت پژوهشی ارائه دهد.

دلیل انتشار روزافزون مقالات، طرح‌های پژوهشی و پایان‌نامه‌های دانشگاهی را می‌توان شرایط موجود در جوامع علمی دانست؛ اما آنچه مهم است، نداشتن امکان مطالعه‌ی تمامی این پژوهش‌ها و استخراج اطلاعات از آنها است. به این ترتیب به ابزارها و راهکارهایی نیاز است که بتواند بر این شرایط غلبه کند. تفاوت در حجم نمونه، ابزارهای اندازه‌گیری، روش‌ها و موقعیت‌های پژوهشی مقایسه‌ی یافته‌ها را دشوارتر می‌کند. بنابراین، کاربرد نتایج متناقض پژوهش‌ها، انتشار، تفسیر و ارزیابی آنها نیازمند راه‌حلی است که بر بازنگری و تحلیل صحیح پیشینه‌های مطالعاتی، به‌کارگیری شواهد و استفاده از یک روش ترکیبی، تمرکز داشته باشد. در فراتحلیل که در واقع ترکیبی کمی از گزارش‌های تجربی مشابه است، مطالعات پژوهشی گردآوری، کدگذاری و با روش‌های آماری تفسیر می‌شود. به بیان دیگر فراتحلیل به ما امکان می‌دهد که داده‌های حاصل از چندین بررسی و مطالعه را با هم ترکیب کنیم و به نتایج واحدی دست یابیم.

با توجه به گستره‌ی مطالعاتی در زمینه‌ی دین‌داری و معنویت و ارتباط آنها با سلامت روان لازم است در این باره فراتحلیل صورت گیرد، تا نتایج را در یک قالب انسجام بخشد. هدف اصلی این پژوهش بررسی تحقیقات انجام‌شده در زمینه‌ی دین‌داری و سلامت روان بود. در این فرایند سعی شد ابتدا مطالعات به‌تنهایی بررسی و با کمک شاخص اندازه‌ی اثر،

به‌دست‌آوردن نتیجه‌ی کلی و نزدیک به واقع بود. واحد مشاهده نیز پژوهش‌های مرتبط با تأثیر دین‌داری اعم از پایان‌نامه‌ها و مقالات بود.

در این پژوهش اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد که متغیر توضیحی با عامل تا چه اندازه بر متغیر وابسته یا پاسخ اثر داشته است. با توجه به اینکه کلید انجام فراتحلیل، اندازه‌ی اثر است، در مرحله‌ی سوم، اندازه‌ی اثر و نتایج آن با استفاده از جدول ذیل، که به جدول کوهن شهرت دارد، تفسیر شد.

جدول (۱) جدول کوهن

مقدار r	مقدار d	تفسیر اندازه‌ی اثر
۰/۳	کمتر	اندازه‌ی اثر کم است.
۰/۳	۰/۵	اندازه‌ی اثر در حد متوسط است.
۰/۵	بالاتر	میزان اندازه‌ی اثر زیاد است.

روایی و اعتبار پژوهش

در مطالعات مربوط به فراتحلیل، از روایی اثربخش استفاده می‌شود. این روایی به‌منظور اجتناب از ارتکاب برخی تورش‌ها و خطاهای اندازه‌گیری از جمله تورش‌های مربوط به خطای اندازه‌گیری تصادفی در برآورد انجام می‌شود. به‌این‌منظور از فرمول مشهور چارلز اسپرمن و ویلیام براون استفاده شد

$$R = \frac{n\bar{r}}{1+(n-1)\bar{r}}$$

جدول (۲) اعتبار پژوهش

ارزیابی	اعتبار	مخرج کسر	صورت کسر	مجموع حجم نمونه	میانگین همبستگی	اعتبار مطالعات ایرانی
بسیار بالا	۰/۹۹۹۹۰۰	۲۱۴۸/۲۰	۲۱۴۸	۶۷۱۱	۰/۳۲	
بسیار بالا	۰/۹۹۹۵۰۰	۱۷۵۶/۱۸۴	۱۷۵۶	۲۹۷۷	۰/۵۹	اعتبار مطالعات لاتین
بسیار بالا	۰/۹۹۹۹۰	۴۹۴۱/۳۷	۴۹۴۱	۹۶۸۸	۰/۵۱	اعتبار مطالعات در مجموع

خانواده و سخت‌رویی روان‌شناختی بیشترین تکرار را در مقالات ایرانی داشته‌اند.

$$IQV = K(1002 - \Sigma Pct^2) / 1002(K - 1)$$

$$IQV = ۰/۱$$

در این شاخص صفر به معنای نداشتن تغییر و همگنی کامل و ۱ به معنی بیشترین تغییر و ناهمگنی است که نشان می‌دهد ناهمگنی به‌نسبت پایین است.

جدول (۳) بررسی فراوانی متغیرهای مستقل استفاده‌شده در مطالعات انجام‌شده در ایران

فراوانی درصد	فراوانی تجمعی درصد	اضطراب
۱	۱	۳
۲	۳	۱۰
۳	۶	
۴	۱۰	

یافته‌ها

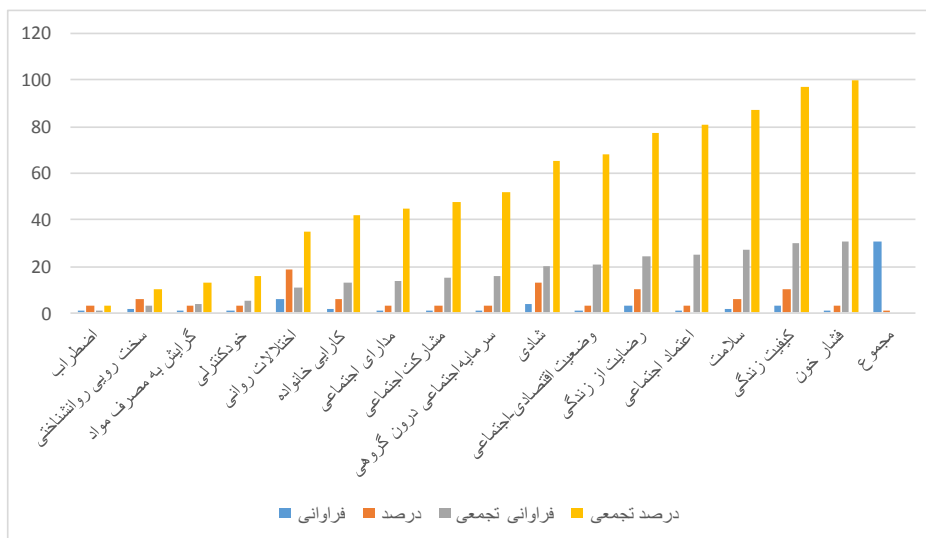
الف) بررسی فراوانی متغیرهای مستقل استفاده‌شده در مطالعات انجام‌شده در ایران

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، اختلال روان-سلامت؛ روان-شادی؛ رضایت از زندگی؛ کیفیت زندگی؛ سلامت؛ کارایی

بخش مربوط به محاسبه‌ی اندازه‌ی اثر به دو عامل توجه شد؛ نخست اینکه مطالعات در بخش داده‌ها، آمار کمی ارائه داده باشند و دوم اینکه به عوامل مؤثر بر سلامت و دین‌داری اهمیت داده باشند.

پژوهشگران برای استخراج داده‌ها عنوان و خلاصه‌ی مطالعات مشخص‌شده را از طریق جستجو در بانک‌های اطلاعاتی الکترونیکی و فهرست منابع به‌طور مستقل بررسی کردند. پس از کنترل مطالعات، بررسی متن کامل مقالات انجام شد. ضرایب همبستگی، میانگین، آزمون تی، آزمون اف و سطح معناداری، همچنین حجم نمونه و مکان مطالعه از جامعه‌ی مورد مطالعه به‌تشریح، از هر یک از مطالعات استخراج شد. در مرحله‌ی بعد، آماره‌های مورد نظر از پژوهش‌های انتخاب‌شده، استخراج شد و تبدیل‌های مورد نیاز با کمک فرمول‌های اندازه‌ی اثر و ضرایب همبستگی انجام شد. در فراتحلیل، واحد تحلیل، مطالعات انجام‌شده در یک موضوع مشترک است. این پژوهش در صدد فراتحلیل یا بازنگری تحقیقات انجام‌شده در زمینه‌ی سلامت و دین‌داری بود و واحد تحلیل آن از اسناد و مدارک بانک‌های اطلاعاتی ایران‌داک، بانک اطلاعات و فناوری، نورمگز، بانک اطلاعات داده‌های علمی-پژوهشی لاتین قابل دسترس از طریق وبگاه کتابخانه‌ی دانشگاه الزهرا (س) و غیره به دست آمده است. هدف از این فراتحلیل مقایسه و ترکیب نتایج مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی سلامت و دین‌داری به‌منظور

گرایش به مصرف مواد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
گرایش به مصرف مواد	۱	۳	۴	۱۳
خودکنترلی	۱	۳	۵	۱۶
اختلالات روانی	۶	۱۹	۱۱	۳۵
کارایی خانواده	۲	۶	۱۳	۴۲
مدارای اجتماعی	۱	۳	۱۴	۴۵
مشارکت اجتماعی	۱	۳	۱۵	۴۸
سرمایه‌ی اجتماعی درون‌گروهی	۱	۳	۱۶	۵۲
شادی	۴	۱۳	۲۰	۶۵
وضعیت اقتصادی-اجتماعی	۱	۳	۲۱	۶۸
رضایت از زندگی	۳	۱۰	۲۴	۷۷
اعتماد اجتماعی	۱	۳	۲۵	۸۱
سلامت	۲	۶	۲۷	۸۷
کیفیت زندگی	۳	۱۰	۳۰	۹۷
فشارخون	۱	۳	۳۱	۱۰۰
مجموع	۳۱	۱		



نمودار ۱) فراوانی فرضیه در مطالعات ایرانی

$$IQV = K(1002 - \Sigma Pct^2) / 1002(K - 1)$$

$$IQV = 0.4$$

در این شاخص صفر به معنای نداشتن تغییر و همگنی کامل و ۱ به معنی بیشترین تغییر و ناهمگنی است که نشان می‌دهد تغییر و تنوع در مطالعات لاتین بیشتر از مطالعات ایرانی است.

ب) بررسی فراوانی متغیرهای مستقل استفاده‌شده در مطالعات لاتین

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در پژوهش‌های لاتین تأثیر دین‌داری بیش از همه بر سلامت، کیفیت زندگی و افسردگی مطالعه شده است.

جدول ۴) بررسی فراوانی متغیرهای مستقل استفاده‌شده در مطالعات لاتین

اضطراب پیش از تولد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اضطراب پیش از تولد	۱	۳	۱	۳
افسردگی	۸	۲۴	۹	۲۷
استفاده از هروئین	۱	۳	۱۰	۳۰

فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی	درصد تجمعی
۴	۱۲	۱۴	۴۲
۱	۳	۱۵	۴۵
۱	۳	۱۶	۴۸
۱	۳	۱۷	۵۲
۸	۲۴	۲۵	۷۶
۱	۳	۲۶	۷۹
۱	۳	۲۷	۸۲
۱	۳	۲۸	۸۵
۱	۳	۲۹	۸۸
۱	۳	۳۰	۹۱
۱	۳	۳۱	۹۴
۱	۳	۳۲	۹۷
۱	۳	۳۳	۱۰۰

ج) دامنه‌ی شدت تأثیر

(۱) بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات انجام‌شده در ایران

جدول ۵) بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات انجام‌شده در ایران

نویسندگان	سال	حجم نمونه	p	r
۱ بهرامی چگنی	۱۳۸۹	۱۷۹	۰/۰۵	-۰/۱۲
۲ چراغی و مولوی	۱۳۸۵	۵۰	۰/۰۱	۰/۰۵
۳ جعفری، صدری و فتحی اقدم	۱۳۸۶	۱۲۰	۰/۰۱	۰/۹۰
۴ سراج‌زاده، شریعتی مزینانی و صابر	۱۳۸۳	۳۴۶	۰/۰۰	-۰/۶۳
۵ مهدوی و رحمانی خلیلی	۱۳۸۷	۳۹۱	۰/۰۱	۰/۴۲
۶ قاسمی و امیری اسفراجانی	۱۳۹۰	۳۸۴	۰/۰۰	۰/۳۸
۷ عابدی، شواخی و تاجی	۱۳۸۷	۲۴۰	۰/۰۰	۰/۴۷
۸ بیرامی و همکاران	۱۳۹۰	۳۷۲	۰/۰۱	-۰/۲۴
۹ باقری، بنی اسدی و داوری	۱۳۹۰	۲۹۰	۰/۰۱	-۰/۱۵
۱۰ منظری توکل‌ی و عراقی‌پور	۱۳۹۰	۱۸۹	۰/۰۰	۰/۶۷
۱۱ خدایاری فرد، شهبانی و اکبری زردخانه	۱۳۸۸	۳۸۶	۰/۰۱	-۰/۲۲
۱۲ رضاپور و همکاران	۱۳۸۹	۴۹۵	۰/۰۱	۰/۲۴
۱۳ مهدوی، ادیسی و رحمان خلیلی	۱۳۹۰	۳۹۱	۰/۰۰	۰/۳۴
۱۴ خواجه‌نوری، ریاحی و مساوات	۱۳۹۰	۳۸۴	۰/۰۰	۰/۳۰
۱۵ سراج‌زاده، جواهری و ولایتی خواجه	۱۳۹۲	۳۳۱	۰/۰۱	۰/۳۶
۱۶ قربانعلی‌پور، مرندی و زارعی	۱۳۸۹	۲۰۰	۰/۰۱	۰/۶۰
۱۷ عبدالله‌پور و همکاران	۱۳۹۰	۴۰۰	۰/۰۰	۰/۴۸
۱۸ حاجی‌زاده میمند و همکاران	۱۳۹۱	۲۶۵		۱/۰۴
۱۹ مهدی‌زاده و زارع غیاث‌آبادی	۱۳۹۳	۳۸۴	۰/۰۱	۰/۲۸
۲۰ اژدری فرد، قاضی و نورانی‌پور	۱۳۸۹	۱۲۰	۰/۰۰	۰/۸۲
۲۱ غباری بناب، متولی‌پور و حبیبی عسگرآباد	۱۳۸۸	۳۰۴	۰/۰۰	-۰/۲۵
۲۲ کلهرنیا گلکار و همکاران	۱۳۹۳	۳۰	۰/۰۰	۰/۹۶
۲۳ موحدی و همکاران	۱۳۹۳	۴۶۰	۰/۰۰	۰/۶۰

۲) بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات لاتین

جدول ۶) بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات لاتین

نویسندگان	سال	حجم نمونه	p	r
Mann et al	۲۰۰۸	۳۴۴	۰/۰۸	۰/۰۰
Nelson, Bhaskaran, Roth	۲۰۰۹	۳۶۷	-۰/۲۳	۰/۰۱
Conner, et al.	۲۰۰۸	۳۱۵	۰/۱۴	۰/۰۱
Ekas, Whitman	۲۰۰۹	۳۱۱	-۰/۴۳	۰/۰۰
Cotton et al	۲۰۱۲	۱۵۱	۱/۶۰	
Rippentrop, Altmaier, Burns	۲۰۰۶	۶۱	۰/۷۲	۰/۰۱
Stratta et al.	۲۰۱۳	۹۰۱	۰/۸۰	۰/۰۱
Mohr, et al.	۲۰۱۰	۱۱۵	۰/۴۰	۰/۰۵
Krumrei, Pirutinsky, Rosmarin	۲۰۱۳	۲۰۸	۳/۰۵	۰/۰۱
Markos	۲۰۰۳	۱۰۱	۰/۲۵	۰/۰۱
Laubmeier, Zakowski, Bair	۲۰۰۴	۱۰۳	۰/۱۱	۰/۰۵

بر اساس جدول شماره‌ی ۷، در انتها، شدت تأثیر بنا بر جدول کوهن در سه گروه شدت تأثیر زیر ۰/۳ (کم)، شدت تأثیر بین ۰/۳ تا ۰/۵ (متوسط) و شدت تأثیر ۰/۵ و بالاتر (زیاد) دسته‌بندی شد.

جدول ۷) توزیع فراوانی شدت تأثیر بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات انجام‌شده در ایران

شدت تأثیر	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شدت تأثیر ۰/۳ (کم)	۱۲	۳۴/۳	۷	۳۰/۴	۵	۴۵/۵
شدت تأثیر ۰/۳ تا ۰/۵ (متوسط)	۱۱	۳۱/۴	۹	۳۹/۱	۲	۱۸/۲
شدت تأثیر ۰/۵ و بالاتر (زیاد)	۱۲	۳۴/۳	۷	۳۰/۴	۴	۳۶/۴
کل	۳۵	۱۰۰	۲۳	۱۰۰	۱۱	۱۰۰

یک موضوع مشترک بود. روایی مطالعه به‌منظور اجتناب از ارتکاب برخی تورش‌ها و خطاهای اندازه‌گیری از جمله تورش‌های مربوط به خطای اندازه‌گیری تصادفی در برآورد، انجام شد. اعتبار مطالعات ایرانی ۰/۹۹۹۹۰۰، اعتبار مطالعات لاتین ۰/۹۹۹۵۰۰ و اعتبار مطالعات در مجموع ۰/۹۹۹۹۰۰ بسیار بالا بود.

سلامت روان، شادی و رضایت از زندگی از جمله موضوعاتی هستند که در مقالات ایرانی بسیار تکرار شده‌اند و ناهمگنی متغیرها به‌نسبت پایین است. در پژوهش‌های لاتین تأثیر دین‌داری بیش از همه بر سلامت، کیفیت زندگی و افسردگی مطالعه شده است. تغییر و تنوع متغیرها در مطالعات لاتین بیشتر از مطالعات ایرانی است. در مطالعات انجام‌شده در ایران حدود ۳۴ درصد از کل مقالات شدت تأثیر را کم، ۳۴/۳ درصد زیاد و ۳۱/۴ درصد نیز شدت تأثیر را متوسط برآورد کرده‌اند. در مقالات ایرانی ۶۹/۵ درصد و در مقالات لاتین ۵۴/۶ درصد از مقالات شدت تأثیر دین‌داری را متوسط و زیاد ارزیابی

بحث

فراتحلیل؛ تحلیل آماری مجموعه‌ی بزرگی از نتایج مطالعات منفرد است که با هدف یکپارچه کردن یافته‌ها انجام می‌شود. جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر مقالات علمی-پژوهشی مرتبط با موضوع است که در فاصله‌ی «معنویت و دین‌داری» و «Spirituality و Religiosity» انجام شده است. مطالعات واجد شرایط برای قرار گرفتن در تحقیق انتخاب شدند. در بخش مربوط به محاسبه‌ی اندازه‌ی اثر به دو عامل توجه شد؛ نخست اینکه مطالعات در بخش داده‌ها، آمار کمی ارائه داده باشند و دوم اینکه به عوامل مؤثر در سلامت و دین‌داری اهمیت داده باشند.

پس از کنترل مطالعات، آماره‌های موردنظر استخراج و در مرحله‌ی بعد، از پژوهش‌های انتخاب‌شده، استخراج شد و تبدیل‌های مورد نیاز با کمک فرمول‌های اندازه‌ی اثر و ضرایب همبستگی انجام گرفت. واحد تحلیل مطالعات انجام‌شده در

استاندارد نبود (تعداد دیگری از مقالات نیز تنها داده‌های مربوط به آزمون تی، برخی اف و برخی همبستگی را ارائه دادند)؛ به همین دلیل تعداد زیادی از مقالات کنار گذاشته شد. در برخی مناطق نیز مطالعه‌ی خاصی صورت نگرفته است یا دارای دقت کافی نبود.

پیشنهاد‌های پژوهش

از آنجا که بر اساس فراتحلیل انجام شده نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه‌ی تأثیر مداخلات درمانی مبتنی بر معنویت و دین بر اختلالات روانی تأکید شده، توصیه می‌شود پژوهشگران نسبت به این مهم اقدام کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران پروتکل‌های درمانی مبتنی بر معنویت را علاوه بر آسیب‌های روانی، برای آسیب‌های اجتماعی نیز به کار برند.

قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه الزهرا به سبب فراهم نمودن این فرصت پژوهشی قدردانی می‌شود.

حامی مالی

دانشگاه الزهرا حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشته است.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

1. Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality, Reproduction and Menopause* 2004 Jun 1; 2(2): 76-82.
2. Krause N. Religious meaning and subjective well-being in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Science*. 2003 May 1; 58(3), S160-70.
3. West W. *Psychotherapy & spirituality: Crossing the line between therapy and religion*: Sage; 2000 Jan 19

کرده‌اند، به عبارتی شدت تأثیر دین‌داری در مقالات ایرانی بیشتر ارزیابی شده است. یکسان بودن شدت تأثیر کم و زیاد در پژوهش‌های ایرانی نشان می‌دهد هنوز در این زمینه نیازمند پژوهش‌های متنوع‌تری هستیم و بی‌شک همان‌طور که الکینز^۱ (۱۸) و وبر^۲ (۱۹) معتقدند، در واقع فرایند معنادهی به رویدادهای زندگی و ارتباط هم‌زمان با خداوند، همگی می‌توانند در تصور فرد از خدا تأثیرگذار باشند. همچنین نتایج فراتحلیل بونلی^۳ و کوئینگ در سال ۲۰۱۳ (۲۰)، در این مورد تأیید می‌شود. نتایج به این شرح است که پژوهشگران تحقیقات اصلی درباره‌ی دین، دین‌داری، معنویت و واژه‌های مرتبط منتشرشده در بیش از ۲۵ درصد مجلات روان‌پزشکی و عصب‌شناسی را بر اساس مجلات آی.اس.آی ۲۰۱۰ بررسی کرده‌اند که اغلب مطالعات بر دین یا دین‌داری متمرکز است و فقط ۷ درصد آنها شامل مداخلات است. از میان ۴۳ نشریه که این معیارها را در نظر دارد، ۳۱ نشریه (۷۱/۵ درصد) رابطه‌ی بین سطحی از وجود دین‌داری/معنویت و اختلال روانی پایین (مثبت)؛ هشت نشریه (۱۸/۶ درصد) نتایج مختلط (مثبت و منفی) و دو نشریه (۴/۷ درصد) اختلال روانی (منفی) بیشتری گزارش کرده‌اند.

نتیجه‌گیری

پژوهش‌های صورت‌گرفته‌ی مرتبط با بررسی رابطه‌ی دین‌داری و سلامت عمومی فرد و جامعه، حدوداً عمری بیست‌ساله دارد. روان‌شناسان معاصر معتقدند که ناراحتی‌های روانی موجب بیماری می‌شود؛ زیرا زندگی روزمره‌ی کنونی با نگرانی و اضطراب همراه است و داشتن ایمان به خدا و اعتقاد به مبدأ حقیقی می‌تواند تحمل افراد را در برابر مشکلات بیشتر کند. پژوهشگران تأکید می‌کنند دین و دین‌داری، مستقیم یا غیرمستقیم در سلامت روان دخالت دارند (۱۷).

محدودیت‌های پژوهش

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش مربوط به نحوه‌ی ارائه‌ی یافته‌ها در مقالات است که برخی از مقالات داده‌های مربوط به تفکیک ارائه ندادند و تنها به ارائه‌ی داده‌های کلی بسنده کردند. شیوه‌ی گزارش‌دهی مقالات نیز به صورت یکسان و

^۱) Elkins

^۲) Weber

^۳) Bonelli

hospital. Open Journal of Medical Psychology. 2012;1(3):15-9.

4. Arizi F, Rabbani R, Farahmand M. The study of social factors in mental disorder (depression) in Isfahan (in 2002). Culture of Isfahan. 2004; 27(28): S100-6.

5. Cheraghi M, Molavi H. The relationship between different dimensions of religiosity and general health in students of Isfahan University. Journal of Educational and Psychological Research of Isfahan University 2007; 2(2): 1-22.

6. Hills P, Francis LJ, Argyle M, Jackson CJ. Primary personality trait correlates of religious practice and orientation. Personality and Individual Differences. 2004 Jan 1; 36(1): 61-73.

7. Jones E. Family system therapy. Developments in the Milan a systematic, 1993.

8. Freud S, Strachey JE. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud.

9. Skinner BF. Science and human behavior. Simon and Schuster; 1953

10. James W. The varieties of religious experience: A study in human nature. Routledge; 2003 Sep 2.

11. Jung CG. Concerning the Archetypes, with Special Reference to the Anima Concept, Collected Works, Vol. 9 I.

12. Shafranske EP. Religion and the clinical practice of psychology. American Psychological Association; 1996

13. Comer RJ. Abnormal psychology. Macmillan; 2010 Jul 27.

14. Miller G. Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy: Theory and technique. John Wiley & Sons; 2003 Jun 2

15. KajbafNejad H, Etebari S. The Relationship Between Religious Attitude and Mental Health of Islamic Azad University, Behbahan Branch, Islamic University. 2005; 27; 131-40.

16. Kowsari Y. Family mental health. Publisher: Revolutionary Guard Corps, Representative of the Supreme Leader, Department of Political Ideological Education. 2007; Qom :Iran.

17. Shahriari Y. The Role of Religious Beliefs in Mental Health of Coaches. 2006; 19; S 41-63.

18. Elkins DN. Beyond religion: A personal program for building a spiritual life outside the walls of traditional religion. Quest Books; 2013 Nov 1.

19. Weber M. The religion of power and society. Translation by Ahmad Tadayon .1384; Tehran: Hermes Publications.

20. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic review.

Journal of religion and health. 2013 Jun 1; 52(2):657-73