
بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن
(سلولهای T کمکی، سلولهای T مہاری/انهدامی و سلولهای ضد سرطانی NK)

دکتر نجمه حمید*

استادیار دانشگاه شهید چمران اهواز

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه میان نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی در دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی است. نمونه پژوهش ۲۴۰ دانشجوی مؤنث را شامل است که به طور تصادفی تعداد ۳۰ نفر دانشجوی با نگرش مذهبی پایین و بالا انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه نگرش مذهبی، فهرست تجدید نظر شده علائم روانی SCL-90-R استفاده شد. به منظور ارزیابی سیستم ایمنی افراد، متغیرهای مورد مطالعه از جمله سلول T کمکی (CD4)، سلول T مہاری/انهدامی (CD8)، CD56 و CD16 (سلول کشنده طبیعی یا NK) بوده است. نتایج حاصل آشکار کرد، که میان نگرش مذهبی و سلامت روانی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. همچنین میان نگرش مذهبی و سیستم ایمنی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. از سوی دیگر، میان سلامت روانی و سیستم ایمنی دانشجویان با نگرش مذهبی پایین و بالا تفاوت معنی دار وجود دارد.

کلید واژه‌ها:

نگرش مذهبی، سلامت روانی، سیستم ایمنی

مقدمه

دانش روان عصب- ایمنی شناختی^۲ ارتباط عوامل روانشناختی، عصب شناختی و ایمنی شناختی با بیماریهای جسمانی را تبیین می‌کند. پژوهش‌های مختلفی آشکار کرده است که فشار روانی ناشی از رویدادهای روزمره زندگی، به تدریج فعالیت سیستم ایمنی را تضعیف و مهار می‌کند. در نتیجه انسان برای ابتلا به انواع بیماریهای روانی و جسمانی مستعد می‌شود. فشار روانی مزمن، تضعیف سیستم ایمنی و ابتلا فرد به بیماریهای عفونی و حتی سرطان را باعث می‌شود (کورلس و اسپینال^۳، ۲۰۰۵).

مسئله حذف فشار روانی از زندگی روزمره امکان پذیر نیست، اما شناسایی عوامل تعدیل کننده اثرات منفی ناشی از فشار روانی در سالهای اخیر اهمیت خاصی در بهداشت روانی داشته است. کوباسا^۴ و همکاران (۱۹۸۲) خاطر نشان کردند، که به رغم تأثیر مشخص فشار روانی بر سیستم ایمنی، یک سری عوامل شخصیتی و محیطی شناخته شده اند که بر سیستم ایمنی نقش تعدیل کننده و واسطه گر دارد. این عوامل به مثابه سپری محافظ در برابر تأثیر فشار روانی بر سیستم ایمنی بدن عمل می‌کنند. با توجه به اینکه اغلب مطالعات نشان دهنده ارتباط مثبت بین نگرش و اعتقادات مذهبی و سلامت روانی است. این سؤال مطرح می‌شود که آیا مذهب به عنوان یک عامل تعدیل کننده اثرات منفی فشار روانی بر سیستم ایمنی بدن به شمار می‌آید؟ مطالعه اثر اعتقادات مذهبی بر فعالیت سیستم ایمنی به عنوان یافته جدیدی در زمینه دانش عصب روان ایمنی شناختی تلقی می‌شود.

در مطالعه سگستروم^۵ و همکاران (۱۹۹۸) که بر ۹۰ نفر دانشجو انجام شد، نتایج حاصل آشکار کرد، که افرادی که ترم تحصیلی خود را با اعتقادات و تقویت گرایش‌های مذهبی شروع کرده بودند، سلول T کمکی^۶ (CD4) که تقویت و هدایت سیستم ایمنی بدن را باعث می‌شود در آنها بالاتر بوده و تعداد سلولهای T مھاری/ انهدامی^۷ (CD8) که مهار سیستم ایمنی بدن را باعث می‌شود نسبت به گروه گواه در آنها کمتر بوده است. در پژوهشی، دانشجویان را در معرض یک موقعیت فشار زای ناشی از امتحان مطالعه قرار دادند، نتایج حاصل آشکار کرد، که در گروه مواجهه با فشار روانی، نسبت به گروه گواه، میزان سلول T کمکی (CD4) و نسبت سلول T کمکی به سلول T مھاری/ انهدامی ($\frac{CD4}{CD8}$) بیشترین کاهش را داشت (بروسچات^۸ و همکاران، ۱۹۹۴).

فشارهای روانی نظیر تنهایی (راسل^۹ و همکاران، ۲۰۰۲)، طلاق یا جدایی (کیکولت - گلاسر^{۱۰} و همکاران، ۱۹۸۷)، داغدیدگی^{۱۱} و مرگ همسر یا فامیل نزدیک (ایروین^{۱۲} و همکاران، ۱۹۸۷)، فقدان حمایت اجتماعی^{۱۳} (کاترونا^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۰)، افسردگی (اولیری^{۱۵}، ۱۹۹۰) و شمار دیگری

2. psychoneuroimmunology
3. Corless & Aspinall
4. Kobasa
5. Segerstrom
6. T- Helper cell
7. cytotoxicity
8. Brosschot
9. Rasul
10. Kiecolt-Glaser
11. Breavement
12. Irwin
13. Social Support Lose
14. Katrona
15. O'Leary

از این قبیل استرسها، به طور معنا دار، ضعف کارکرد پارامترهای مختلف سیستم ایمنی را به دنبال دارند. براساس دیدگاه برگین^{۱۱} (۱۹۹۱) مذهب بر سلامت روانی افراد تأثیر مثبتی دارد. به دلیل سبک زندگی خاصی که افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی دارند، رویدادها را کمتر فشارزا ارزیابی می‌کنند یا بعد از بروز استرس آن را به منزله فرصتی برای رشد و تقویت معنوی و روحی خود می‌دانند یا آن را برنامه و تقدیر الهی تعبیر و تفسیر می‌کنند، که گریزی از آن نیست، تعبیر و تفسیر می‌نمایند. می‌توان چنین نتیجه گیری کرد که باورهای دینی فرد را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه به سلامت روانی هدایت می‌کنند، به گونه‌ای که فرد به طور خود انگیخته و با بصیرت و شناختی منطقی، به اعتقادات و باورهای دینی ملتزم می‌شود. آرامش درونی یا سکون و ثبات قلبی موهبتی الهی است که بر اثر ایمان به خداوند متعال و عمل صالح حاصل می‌شود (فتح، آیه ۴).

در یک مطالعه مداخله‌ای بالینی، نقش دعا کردن توسط خود و دیگران بر میزان اضطراب، عزت نفس و افسردگی از طریق شاخص‌های عینی و ذهنی ارزیابی شد. یافته‌ها نشان داد که در همه شاخص‌های ذهنی و اکثر میزانهای عینی، دعا کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عزت نفس را موجب شده است (اولویرس^{۱۷}، ۱۹۹۷).

در پژوهشی که درخصوص رابطه میان ذکر و دعا با میزان اضطراب دانشجویان انجام شد، نتایج حاصل آشکار کرد بین نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب دانشجویان رابطه معکوس معنی داری وجود دارد و ذکر خدا به عنوان نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (ابراهیمی، و همکاران، ۱۳۸۴).

روبرت (۱۹۹۲) معتقد است که مذهب برای افراد، در مواجهه با مشکلات، منبعی حمایتی است و باورها و فعالیت‌های مذهبی به عنوان روشی تعریف شده است، که منابع مذهبی مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند را برای مقابله به کار می‌برد. همچنین رفتارهای مذهبی مانند نماز خواندن، صداقت، اعتقاد به خداوند، مطالعه کتاب‌های مذهبی از طریق ایجاد امید و تشویق در جهت ایجاد دیدگاه مثبت نسبت به شرایط موجود و بیرون کشیدن فرد از یک بحران مایوس کننده که بر آنها تسلط چندانی هم ندارد، یک نوع آرامش درونی را ایجاد می‌کند (کوئنینگ^{۱۸} و همکاران ۱۹۹۵).

توانمندی رفتارهای مذهبی باعث شده است تا روش‌های درمانگری مذهبی، علاوه بر روش‌های روانشناختی دیگر جایگاه ویژه‌ای در بین شیوه‌های مهار اختلالات روانی پیدا کند و تحقیقات انجام شده که بر نظریه‌های روان درمانی دینی مبتنی است نیز کارآمدی این روشها را در کاهش مشکلات روانی افراد از جمله اضطراب دانش آموزان (پرسمن^{۱۹} و همکاران، ۱۹۹۰) نشان داده اند. وودز^{۲۰} و همکاران (۱۹۹۹)، در پژوهشی ارتباط بین مذهبی بودن و وضع امنیت عاطفی زنان آفریقایی مبتلا به ویروس ایدز مقیم آمریکا را، مطالعه کردند و به این نتیجه رسیدند که مقابله مذهبی (توکل به خدا و جستجوی آسایش در مذهب) با افسردگی و اضطراب در آنها رابطه منفی دارد. در تحقیق دیگری مورفی و ماها لینگام^{۲۱} (۲۰۰۶) نیز نشان دادند که اعتقادات دینی و مقید بودن به آن، با داشتن افسردگی همبستگی دارد. در تحقیق اکس لاین^{۲۲} (۲۰۰۸)، نیز مذهب منبع

16. Bergin
17. O'Laiores
2. koening
19. Pressman
20. Woods
4. Murphy & Mahalingam
22. Exline

آرامش تلقی شده و در آن ارتباط میان متغیرهای مذهبی و پریشانی روانی در میان دو گروه آزمایشی بیماران مراکز درمانی و گروه دانشجویان بررسی شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که آرامش روانی با داشتن مذهب همبستگی مثبت دارد. آزمودنی‌های پژوهش، گرایش به نداشتن مذهب را با سطح بالایی افسردگی و افکار خودکشی مرتبط دانستند و آرامش را در داشتن مذهب نشان دادند. در میان دانشجویان، افسردگی با احساس بیگانگی از خدا و تضادهای میان فردی در زمینه‌های مذهبی همراه بود (به نقل از قریشی زاد، ۱۳۸۲). باور به اینکه خدایی هست که ناظر بر امور است و هنگام گرفتاری انسان را یاری می‌کند، اضطراب و نگرانی را کاهش می‌دهد. ما به شکلی که بیشتر افراد مؤمن ارتباط با خدا را مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی بیان می‌کنند و باور دارند که اتکاء و توکل به خداوند، به عنوان یک شیوه مقابله‌ای مؤثر، در رخدادهای ناگوار به آنها کمکی فراوان می‌کند. منظور از توکل، اعتماد به خداوند در انجام دادن امور و واگذاری آنها به او، به طوری که فعالیت شخصی و تعادل روانی را افزایش داده و از اضطراب نرسیدن به هدف باز دارد. علاوه بر این، توکل آثار فراوانی از جمله عزت، آرامش و بی‌نیازی از خلق، امیدواری و رفع منفی‌نگری و انفعال، کفایت، مشکل‌گشایی و راهیابی به امور، تقویت صبر و موارد متعدد دیگر را دارد، که مجموع آنها باعث می‌شود تا احساس فراگیر بسیار ناخوشایندی که اغلب مبهم و تنش‌زا و پدید آورنده مشکلات جسمانی نیز برطرف شود (تاجیک، ۱۳۸۳).

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی

۱- میان نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان پزشکی رابطه وجود دارد.

۲- میان نگرش مذهبی و متغیرهای ایمنی CD4، نسبت $\frac{CD4}{CD8}$ و سلولهای ضد سرطانی NK (CD16 و CD56) و CD8 رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

۱- میان سلامت روانی دانشجویان با نگرش مذهبی بالا و پایین در هر یک از مؤلفه‌های سلامت روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

۲- میان متغیرهای سیستم ایمنی دانشجویان با نگرش مذهبی بالا و پایین تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

روش تحقیق

در این پژوهش، روش تحقیق از نوع همبستگی است یک گروه از دانشجویان از لحاظ سه متغیر یعنی سلامت روان با مؤلفه‌های آن، سیستم ایمنی و مؤلفه‌های آن و نگرش مذهبی مطالعه شدند.

نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی را شامل بود. این دانشجویان معمولاً به دلیل پرکاری در بخش‌های بالینی مختلف بیمارستانها و معالجه بیماران بیش از سایر دانشجویان، با فشارهای روانی متعددی مواجه هستند و انتظاراتی که از خدمت آنها وجود دارد، بر شدت فشار روانی آنها می‌افزاید (کیکولت-گلاسر و همکاران، ۱۹۸۷). در این پژوهش، دانشجویان مبتلا به بیماری یا دارای شرایط خاص، که سیستم ایمنی آنها را تغییر می‌دهد، از نمونه مزبور حذف شدند. در مرحله اول همه دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی در

سال ۸۳ که در امتحان نهایی پیش انترنی شرکت می‌کنند و تعداد آن‌ها ۲۴۵ بود پس از حذف افرادی که واجد شرایط نبودند، تعداد ۲۴۰ نفر مشخص شدند. همه دانشجویان مؤنث بودند. آنها از لحاظ مؤلفه‌های سلامت روان و نگرش مذهبی ارزیابی و مقایسه شدند. جهت تعیین ارتباط بین نگرش مذهبی و متغیرهای سیستم ایمنی، بر اساس نمره حد وسط در مقیاس نگرش مذهبی، دانشجویان با نگرش مذهبی بالا و پایین مشخص شدند تعداد ۴۰ نفر دانشجویان با نگرش مذهبی بالا و ۵۹ نفر دانشجویان با نگرش مذهبی پایین مشخص و نهایتاً به طور تصادفی، تعداد ۳۰ نفر از هر گروه انتخاب شدند. با توجه به اینکه اجرای آزمایش‌های ایمنی در همه دانشجویان از لحاظ صرف وقت و هزینه گزاف میسر نیست لذا فقط سیستم ایمنی این دو گروه ارزیابی شد.

ابزار تحقیق

در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه نگرش مذهبی

پرسشنامه نگرش مذهبی را خدایاری فرد (۱۳۷۸) تدوین کرد. این پرسشنامه ۴۰ ماده دارد و هر آزمودنی به شیوه لیکرتی از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نظرهای خود را بیان می‌کند. این پرسشنامه مقوله‌هایی چون عبادات، اخلاقیات و ارزشها، اثر مذهب بر زندگی و رفتار انسان، مباحث اجتماعی، جهان میانی و باورها و علم و دین را شامل می‌شود. برای بررسی اعتبار پرسشنامه نگرش مذهبی، خدایاری فرد (۱۳۷۸) ابتدا از یک سنجش گمانه‌ای شش گانه استفاده کرد که کلیه ضرایب همبستگی به دست آمده بین پرسشنامه و ملاک مزبور معنی دار بود. سپس برای محاسبه اعتبار ساده از دو مقایسه استفاده کرد. نخست میان نمره‌های دانشجویان سهمیه مناطق و دانشجویان سهمیه شاهد مقایسه انجام شد، که نتایج حاکی از تفاوت میان دو میانگین بود. در دومین بررسی، نمره‌های دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف با عده‌ای از طلاب حوزه علمیه قم مقایسه شد که نتایج بیانگر تفاوت در اعتقادات مذهبی این دو گروه بود ($P=0/001$). خدایاری فرد (۱۳۷۸) ضریب پایایی دو نیمه‌سازی به روش اسپیرمن-براون و ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۵ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی دو نیمه‌سازی و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۷ است.

فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R)

به منظور بررسی میزان بهره‌مندی آزمودنیها از سلامت روانی و ارزیابی علائم روانی آنها از فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R) استفاده شد. فرم نهایی این پرسشنامه را دراگوتیس و همکاران (۱۹۸۳) تهیه کردند. رضایور (۱۳۷۶) فهرست تجدید نظر شده علائم روانی را در دانشجویان شهید چمران و آزاد اسلامی اهواز هنجاریابی کرد. مواد این آزمون، نه بعد مختلف را می‌سنجد که عبارت هستند از: شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی. گرفتن نمره بالا در این آزمون، حاکی از نداشتن سلامت روانی فرد است. از این پرسشنامه مکرراً در تحقیقات خارج و داخل کشور استفاده شده است و هر کدام به اقتضای پژوهش خود پایایی آن را تعیین کرده‌اند که دامنه ضرایب آن در خارج کشور بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و دامنه ضرایب آن در داخل کشور بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده که رضایت بخش است. (همایی، ۱۳۷۹).

ارزیابی آزمایشگاهی متغیرهای سیستم ایمنی

به منظور ارزیابی متغیرهای ایمنی دانشجویان واجد نمره نگرش مذهبی بالا و پایین، صبح هنگام از آنها نمونه برداری خونی در آزمایشگاه بیمارستان محل کار خود به عمل آمد. میزان نمونه برداری از بازوی هر دانشجو، به میزان ۲۰ سی سی بود که در چهار لوله آزمایش در بسته فاقد هوای دارای ماده ضد انعقاد EDTA ریخته می‌شد. بلافاصله، لوله‌ها به آزمایشگاه آسیب شناسی تشریحی و بالینی سازمان انتقال خون ایران به بخش فلوسایتومتری منتقل شد. متغیرهای ایمنی مورد مطالعه شامل CD4، CD8، CD56، CD16 بوده اند که با استفاده از دستگاه فلوسایتومتری آنالیز شده اند. برای اجرای این آزمایش، از خون کامل همراه با EDTA استفاده شده است و با مجاور هم گذاشتن آنی پادیهای مونوکلونال گونژوگه با مواد فلوئوروکروم^h (۱۰) و خون کامل^h (۱۰۰) انجام شده است.

یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی و آزمون t برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری و یک راه استفاده شده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های سلامت روانی دانشجویان پزشکی با نگرش مذهبی پایین و بالا را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های سلامت روانی در دانشجویان با نگرش‌های مذهبی پایین و بالا

نگرش مذهبی بالا		نگرش مذهبی پایین		متغیرهای اعتقادات مذهبی
SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	
۶/۱۴	۶۴/۱۳	۵۳/۸۵	۷۹/۲۹	نمره کل مقیاس (PST)
۵/۲۳	۶/۰۸	۹/۱۸	۱۰/۷۵	شکایات جسمانی
۷/۱۲	۸/۱۲	۷/۲۵	۱۱/۲۳	وسواس- اجبار
۵/۰۳	۶/۱۳	۶/۲۱	۱۰/۰۲	حساسیت در روابط متقابل
۶/۴۹	۷/۳۲	۱۱/۲۱	۱۳/۰۴	افسردگی
۴/۱۶	۵/۲۴	۷/۳۴	۸/۶۸	اضطراب
۳/۹۷	۴/۱۲	۵/۰۲	۶/۲۱	پرخاشگری
۲/۹۲	۳/۸۹	۴/۲۱	۴/۲۸	ترس مرضی
۳/۰۸	۳/۱۲	۵/۱۱	۵/۶۱	افکار پارانوئیدی
۳/۱۳	۳/۱۸	۵/۷۹	۴/۲۵	روان گسستگی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای ایمنی دانشجویان با نگرش مذهبی پایین و بالا

نگرش مذهبی بالا		نگرش مذهبی پایین		متغیرهای اعتقادات مذهبی
SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	
۳/۷۹	۴۱/۱۲	۹/۴۶	۳۸/۲۶	CD4
۵/۷۶	۳۲/۳۵	۱۱/۷۲	۴۰/۱۳	CD8
۱/۶۳	۱/۹۴	۰/۸۵	۰/۹۴	نسبت $\frac{CD4}{CD8}$
۱/۸۹	۶/۵۴	۳/۹۲	۴/۶۱	CD56
۷/۳۸	۱۴/۹۳	۹/۲۴	۱۱/۰۸	CD16

جدول ۲ داده‌های مرتبط با متغیرهای سیستم ایمنی دانشجویان با نگرش مذهبی پایین و بالا را نشان می‌دهد، که میانگین متغیرهای CD4 و نسبت $\frac{CD4}{CD8}$ که افزایش آنها بیانگر بالا بودن سیستم ایمنی و دفاعی بدن است.

در دانشجویان با گرایش مذهبی بالا در مقایسه با دانشجویان با گرایش مذهبی پایین بیشتر از میانگین این متغیرها بوده است، از سوی دیگر، میانگین دو متغیر ایمنی CD16 و CD56 که دو مارکر مربوط به سلول کشنده طبیعی (NK) به شمار می‌آیند و عملکرد ضد سرطانی دارد در دانشجویان با نگرش مذهبی بالا، بیشتر از دانشجویان با نگرش مذهبی پایین بوده است.

همچنین میانگین متغیر ایمنی CD8، مهار کننده سیستم ایمنی، در دانشجویان با نگرش مذهبی بالا، کمتر از میانگین این سلول در دانشجویان با نگرش مذهبی پایین بوده است. به عبارت دیگر، می‌توان نتیجه گرفت که به طور کلی میانگین سیستم ایمنی دانشجویان با نگرش مذهبی بالا بیشتر از میانگین سیستم ایمنی دانشجویان با نگرش مذهبی پایین بوده است.

جدول ۳ ضرایب همبستگی مؤلفه‌های سلامت روانی با نگرشهای مذهبی پایین و بالا را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی مؤلفه‌های سلامت روانی با نگرش مذهبی

نگرش مذهبی بالا	نگرش مذهبی پایین	متغیرهای نگرش مذهبی متغیرهای نشانگان مرضی
-۰/۴۹**	۰/۱۸	نمره کل مقیاس
-۰/۴۶**	-۰/۲۱	شکایت‌های جسمانی
-۰/۳۷**	-۰/۱۹	وسواس- اجبار
-۰/۴۲**	-۰/۱۳	حساسیت در روابط متقابل
-۰/۴۷**	-۰/۱۱	افسردگی
-۰/۳۹**	-۰/۱۸	اضطراب
-۰/۳۸*	-۰/۱۷	پرخاشگری
-۰/۴۱**	-۰/۱۴	ترس مرضی
-۰/۱۶*	-۰/۰۵	افکار پارانوئیدی
-۰/۱۲	-۰/۰۳	روان گسستگی

نتایج حاصل نشان داد که ضرایب همبستگی مؤلفه‌های سلامت روانی در دانشجویان با نگرش مذهبی بالا، همبستگی منفی معنی داری، در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ داشته است فقط برای دو متغیر افکار پارانوئیدی و روان گسستگی، این ضرایب به سطح معنی داری نرسیده است، در حالی که در دانشجویان با نگرش مذهبی پایین، ضرایب همبستگی معنی دار نبوده است. یعنی فرضیه اول این پژوهش تأیید شده است.

جدول ۴ ضرایب همبستگی متغیرهای سیستم ایمنی با نگرشهای مذهبی پائین و بالا در دانشجویان

جدول ۴: ضرایب همبستگی متغیرهای سیستم ایمنی با نگرش مذهبی پائین و بالا در دانشجویان

نگرش مذهبی بالا	نگرش مذهبی پایین	متغیرهای سیستم ایمنی
۰/۶۲**	۰/۲۱	CD4
۰/۶۱**	۰/۱۹	$\frac{CD4}{CD8}$

-۰/۵۶**	-۰/۴۲*	CD8
۰/۵۲**	۰/۰۱۸	CD56
۰/۳۶**	۰/۰۳۷	CD16

جدول ۵: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه دو گروه دانشجویان با نگرش مذهبی پایین و بالا در هر یک از مؤلفه‌های سلامت روانی

نوع متغیر	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
نمره کل مقیاس	۳/۹۳	۵۸	۰/۰۱
شکایت‌های جسمانی	۲/۸۶	۵۸	۰/۰۰۲
وسواس- اجبار	۳/۴۶	۵۸	۰/۰۰۵
حساسیت در روابط متقابل	۲/۳۹	۵۸	۰/۰۰۵
افسردگی	۳/۶۱	۵۸	۰/۰۰۲
اضطراب	۴/۷۹	۵۸	۰/۰۰۰
پرخاشگری	۲/۴۹	۵۸	۰/۰۰۴
ترس مرضی	۲/۶۱	۵۸	۰/۰۴۲
افکار پارانوئیدی	۱/۳۵	۵۸	۰/۱۵۶
روان گسستگی	۰/۸۹	۵۸	۰/۱۶۸

نتایج فوق نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌های سلامت روانی، به جز افکار پارانوئیدی و روان گسستگی میان دو گروه از دانشجویان با نگرش مذهبی پایین و بالا تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جدول ۶ نتایج آزمون t مستقل میان دو گروه از دانشجویان با نگرش مذهبی بالا و پایین را در هر یک از متغیرهای سیستم ایمنی نشان می‌دهد.

جدول ۶: مقایسه نتایج متغیرهای سیستم ایمنی در دانشجویان با نگرش مذهبی بالا و پایین

نوع متغیر	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
CD4	۴/۹۳۱	۵۸	۰/۰۳۴
$\frac{CD4}{CD8}$	۴/۵۳۸	۵۸	۰/۰۴۵
CD8	۴/۶۲۱	۵۸	۰/۰۴۶
CD56	۳/۹۸۱	۵۸	۰/۰۵۴
CD16	۳/۸۲۱	۵۸	۰/۰۵۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در هر یک از متغیرهای سیستم ایمنی تفاوت معنی‌داری میان دو گروه از دانشجویان با نگرش مذهبی پایین و بالا وجود دارد. بنابراین، فرضیه اختصاصی اول و دوم نیز تأیید شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

در اغلب پژوهش‌های انجام شده در خصوص ارتباط بین سلامت روانی و مذهب بر رابطه مثبت باورها و اعتقادات مذهبی با سلامت روانی تأکید شده است. اگر چه در زمینه تأثیر باورها و اعتقادات مذهبی با سیستم ایمنی بدن تحقیقات اندکی انجام شده است. در این پژوهش مشخص شد که نگرش مذهبی با علائم بالینی موجود در فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R) ارتباط منفی و معنی‌داری دارد و اغلب ضرایب در سطح ۰/۰۵ و $P < ۰/۰۱$ معنادار بود. این نتیجه با پژوهش‌های قبلی هماهنگی دارد، که بر اهمیت و نقش باورها و اعتقادات مذهبی در کاهش نشانگان مرضی و اختلالات روانی تأکید کرده اند (برنان^{۲۳}، ۲۰۰۴).

بررسی میانگین‌های ابعاد نشانگان مرضی در دانشجویان با نگرش مذهبی نشان داد که میانگین اغلب این مقیاسها به جز افکار پارانوئیدی و روان گسستگی به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین این ابعاد در دانشجویان با نگرش مذهبی بالا بوده است. البته، براساس تحقیقات پیشین مشخص شده است که دانشجویان پزشکی به دلیل مسئولیتی که در شغل پرخطر پزشکی وجود دارد نسبت به سایر دانشجویان استرس بیشتری را گزارش می‌دهند (کیکولت-گلاسر و همکاران، ۱۹۸۷).

در این پژوهش مشخص شده است که اعتقادات مذهبی به عنوان عامل تعدیل‌کننده‌ای بوده که تأثیر استرس را بر سلامت روانی و سیستم ایمنی کاهش داده است. براساس تحقیقات پیشین مشخص شده است که میزان سلول مهاری/انهدامی (CD8)، هنگام مواجهه با موقعیت فشارزای تهدیدکننده سیستم ایمنی افزایش می‌یابد (ایرونسون^{۲۴} و همکاران، ۱۹۹۷).

نتایج این پژوهش آشکار کرد که در دانشجویان با نگرش مذهبی پایین، میزان سلول CD8 در مقایسه با دانشجویان واجد نگرش مذهبی بالا بیشتر بوده است. این امر بیانگر مهار و تهدید سیستم ایمنی دانشجویان با نگرش مذهبی پایین بوده است. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات پیشین هماهنگ بوده است.

متغیر مهم دیگر سیستم ایمنی که در این پژوهش بررسی شده، سلول NK بوده است. این سلول مهاجم طبیعی و دارای دو مارکر CD56 و CD16 نقش ضد سرطانی دارد و با سلولهای سرطانی مقابله میکند. نتایج این پژوهش نشان داد که دانشجویان با نگرش مذهبی بالا، به طور معنی داری در مقایسه با دانشجویان واجد نگرش مذهبی پایین مقدار بیشتری سلول NK داشتند. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات پیشین هماهنگ بوده است. پژوهش قبلی آشکار کرد که بیماران افسرده و افرادی که با فشار روانی مزمن مواجه هستند، تعداد سلولهای NK در آنها کاهش می یابد (راویندران^{۲۵} و همکاران، ۱۹۹۵). همچنین تیلور^{۲۶} (۱۹۹۵) نشان داد که افرادی که فشار روانی کمتری را تجربه میکنند یا افراد با سازگاری شخصی بیشتر تعداد بیشتری از سلولهای CD56 و CD16 دارند.

بر اساس تحقیقات پیشین مشخص شده است که مذهب می تواند به عنوان یک متغیر میانجی عمل کند و در مواجهه با استرس، امیدواری و معنی جویی بیشتری را در فرد ایجاد می کند. همچنین توکل به خدا، اضطراب را کاهش می دهد و در مواردی نیز، اضطراب بالا موجب می شود تا فرد به خدا توکل کند، به عبارتی دیگر، اضطراب باعث می شود تا فرد بیشتر از توکل به خدا، به عنوان یک مکانیسم مقابله مذهبی، استفاده کند. افراد با اعتقادات مذهبی ضعیف، از این مکانیسم کمتر استفاده می کنند. بنابراین، مذهب، به عنوان یکی از متغیرهای واسطه ای، اثرات منفی عوامل استرس زا را تعدیل می کند. (پارگامنت^{۲۷}، ۱۹۹۰).

افراد دارای نگرش مذهبی، رویدادها را کمتر استرس زا ارزیابی می کنند یا بعد از بروز استرس آن را به منزله فرصتی برای رشد و تقویت معنوی و روحی خود می دانند یا آن را برنامه و تقدیر الهی تعبیر و تفسیر می کنند، که گریزی از آن نیست. می توان نتیجه گرفت که باورهای دینی می توانند فرد را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه به سلامت روانی هدایت کنند، به گونه ای که فرد به طور خودانگیخته و با بصیرت و شناختی منطقی، به اعتقادات و باورهای دینی ملتزم می شود. با توجه به این یافته ها، برای رسیدن به سلامت روانی برتر در دانشجویان پزشکی، ارائه آموزش و گسترش باورها و اعتقادات مذهبی عامل مؤثر و سازنده ای است. به نظر می رسد افراد با اعتقادات مذهبی، با توکل و تکیه بر یک مبدأ و اتصال به نیروی متعال خداوند بیشتر به تحمل تنیدگی ها و حوادث تلخ زندگی قادر باشند. اعتقادات مذهبی آدمی را به صبر و شکیبایی و پذیرش خواست و اراده الهی توصیه می کند و به انسان با ایمان نیروی استقامت در مقابل سختی ها عطا می کند.

25. Ravindran
26. Taylor
27. Pargament

منابع

- ابراهیمی، امراه؛ حمید طاهر نشاط دوست، و حمید مهرداد نصیری، (۱۳۸۴). رابطه بین ذکر دعا با میزان اضطراب دانشجویان، فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه اصفهان، دوره ۳، شماره ۲.
- تاجیک، علیرضا، (۱۳۸۳). توکل و پیوند آن با معرفت الهی، مجله تخصصی معرفت، شماره ششم.
- خدایاری فرد، محمد، (۱۳۷۸). تهیه مقیاس اندازه گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان، تهران، دانشگاه تهران.
- قرآن، سوره فتح، آیه ۴.
- قریشی راد، فخرالسادات، (۱۳۸۲). نقش مذهب و رویارویی مذهبی در بهداشت روانی، (اسلام و بهداشت روان)، جلد دوم، تهران، معارف.
- همایی، رضوان، (۱۳۷۹). بررسی رابطه فشارزاهای روانی دختران مراکز پیش دانشگاهی اهواز با سلامت روانی با توجه به نقش تعدیل کننده سرسختی روانشناختی آن ها، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- Bergin, A. E, (1991). Values and Religious Issues in Psychotherapy and Mental health, *Journal of American Psychologist*, 4, 394-403.
- Brennan, M, (2004). Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle- aged and older adults, *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14 (3), 193-214.
- Brosschot, Jos, F, Benschop, R, J & et al, (1994). Influence of life stress on immunological reactivity to mild psychological stress, *Psychosomatic Medicine*, Vol 56 (3), 216- 224.
- Corless, D. J, Aspinall, W. C, (2005). Effect of CD4 cell depletion on wound healing, *British Journal of Psychology*, 88, 298-305.
- Exline, J, J, (2008). Beliefs about god and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of Psychology and Christianity*, 27, 131- 139.
- Ironson, G, wynning's, Schneiderman, N& et al, (1997). Post traumatic stress symptoms, intrusive thoughts loss, and immune function after Hurricane Andrew, *Psychosom Med*, 59, 303- 309.
- Irwin, M, Danel, M, Smith, T. L & et al, (1987). Impaired Natural Killer cell activity during bereavement, *Brain Behave Immune*, 1, 98- 104.
- Katrona, S&etel, (1990). Social support and cancer patients, *Psychological Bulletin*, 108.
- Kiecolt- Glaser, J, K & et al, (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer, S, disease victims, *Psychosomatic Medicine*, 46.
- Kobasa, S. C, Maddis. R,& Kahn, S, (1982). Hardiness and Health: A Perspective study, *Journal of personality and social psychology*, 42, 1, 168- 177.
- Koenig, H, Gochoen, J, Balazer, D, G, Kudeler, H, S, Krishnam, K. R, & Silbert, T, E, (1995). Religious and coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients, *Journal of Psychosomatic*, 36 (4), 369- 375.
- Murphy, E. J & Mahalingam, R, (2006). Perceived congruence Between Expectations and Outcomes: Implications for Mental Heath Among Caribbean Immigrants, *American Journal of Orthopsychiaty*, Vol 76, Issue 1, 120- 127.
- O'Laoires, (1997). An experimental study of the effects of distant, intercessory prayer on self- esteem, anxiety, and depression, *Alter the Health Med*. 3 (6), 38- 53.
- O'Leary, A, (1990). Stress, emotion, and human immune function, *Psychol Bull*, 108, 363-382.
- Pargament, K, I, (1990). God help me: Toward a theoretical frame work of coping for the Psychology of religion research in the social scientific study of religious, Newyork, Wiley 2, 195-224.
- Pressman, M, A, & et al, (1990). Religious belief depression and ambulation status in elderly women with broken hips, *AM. J. Psychiatry*, 147, 758- 760.
- Rasul, F, Stansfeld, S, A, Hart, C. L, Gillis, D & smith, G, D, (2002). Common mental disorder and physical illness in the Rentrew and paisley study, *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (6), 1163- 1170.
- Ravindran, A, V, Griffiths, J, Merali, Z & Anisman, H, (1995). Lymphocyte subsets associated with major depression and dysthymia: Modification by antidepressant treatment, *Psychosomatic Medicine*, 57, 555- 563.
- Roberts, k, A, (1992). *A Sociological Overview: mental health implication of religion- c*, Newyork,

Guilford, 108-141.

Seegerstrom, S. C., Taylor, S., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, Coping, and immune change in response to stress, *Journal of Personality and social Psychology*, 74 (6), 16. 46-55.

Taylor, D. N. (1995). Effects of a behavioral stress- management program on anxiety, mood, self- esteem, and T- cell count in HIV positive men, *Psychol Rep*, 76, 451-70.

Woods, T. E., Antoni, M. H., Ironson, G. H., & King, D. W. (1999). Religiosity is associated with affective status in symptomatic HIV, Infected African women, *Journal of Health Psychology*, 4 (3), 312- 326.