

# معنویت، دین و بهداشت

## شواهد، موضوعات و علائق\*

کارل ای. تورسین<sup>۱</sup>، الکس ایچ. اس. هریس<sup>۲</sup> و دوگ اومن<sup>۳</sup>

ترجمه احمد رضا جلیلی

توجه به نقش عوامل دینی و معنوی در بهداشت سرگذشت دور و درازی دارد. فرهنگ‌ها از دوران باستان تا عصر جدید غالباً بهداشت و بیماری را اموری مستقیماً مرتبط با باورها و اعمال و رفتارهای دینی گوناگونی می‌پنداشته‌اند، چنان‌که دستورات دینی در مورد پاره‌ای غذاها، فعالیت‌های جسمی و انواع و اقسام تأملات درونی<sup>۴</sup> و نیایش‌ها شواهدی بر این مدعایند (Rosen, 1993). در طی دهه گذشته، مدعیات و پرسش‌هایی در خصوص ارتباط‌های دینی، معنوی و بهداشتی رواج یافته است به این معنا که آثار مربوط به این زمینه پرفروش‌ترین آثار بوده‌اند. چندین کتاب معطوف به معنویت در ده کتاب اول نیویورک تایمز جایگاهی به دست آورده‌اند (مثلاً، مواظبت از نفس<sup>۵</sup> اثر مور<sup>۶</sup> [۱۹۹۴] سه‌شنبه‌ها با موری<sup>۷</sup> اثر البوم<sup>۸</sup> و چگونه باید خدا را شناخت<sup>۹</sup> اثر چاپرا<sup>۱۰</sup>). مجلات خبری عمده‌ای نظیر تایم و نیوزویک به مقالاتی ویژه درباره معنویت و بهداشت برجستگی خاصی بخشیده‌اند و موضوعات خاص را در جراید علمی (از باب نمونه، روان‌شناس آمریکایی،<sup>۱۱</sup> سالنامه طب رفتاری،<sup>۱۲</sup> مجله روان‌شناسی بهداشت،<sup>۱۳</sup> آموزش و رفتار بهداشتی<sup>۱۴</sup>) منتشر کرده‌اند یا منتشر خواهند کرد. چندین همایش علمی به سخنرانان مدعو یا مجموعه مقالاتی که به موضوعات مربوط به معنویت، دین و بهداشت می‌پردازند (مثلاً انجمن

طب روان-تنی، ۱۵ انجمن روان‌شناسی بهداشت اروپا، ۱۶ انجمن طب رفتاری (۱۷) اهمیت خاصی داده‌اند یا در حال برنامه‌ریزی برای آنها هستند. انجمن روان‌شناسی آمریکا<sup>۱۸</sup> اخیراً دست به انتشار کتاب‌های درسی‌ای در باب عنوان مورد نظر مانند کتاب‌های درسی اثر پی. ریچاردز<sup>۱۹</sup> و برگین<sup>۲۰</sup> (۱۹۹۷)، شفرنسک<sup>۲۱</sup> (۱۹۹۶) و دابلیو، آر. میلر<sup>۲۲</sup> (۱۹۹۹) زده‌اند.

در سال ۱۹۹۷، بنیاد جان تمپلتون<sup>۲۳</sup> با همکاری مؤسسه ملی تحقیقات مراقبت بهداشتی<sup>۲۴</sup> (NIHR)، هزینه برگزاری مجموعه‌ای از همایش‌ها را با حضور دانشمندان علوم پزشکی و رفتاری برای نقد و بررسی شواهد علمی‌ای که متغیرهای دین و معنویت را با بهداشت بدنی، بهداشت روانی، اعتیاد به الکل (الکلسم) و سایر اختلالات ناشی از اعتیاد و عوامل عصبی-بیولوژیکی مرتبط می‌سازند، تقبل کرد (Larson, Sawyers, & McCullough, 1998). آن تلاش باعث آن شد که اداره تحقیقات علمی رفتاری و اجتماعی<sup>۲۵</sup> (OBSSR) در مؤسسات ملی بهداشت<sup>۲۶</sup> (NIH) میزگردی با حضور دانشمندان رفتاری تشکیل دهد که نقادانه و بی‌طرفانه شواهد موجود را که از قرار معلوم دین و معنویت و بهداشت را با هم پیوند می‌دهند، بررسی کنند. در این مکتوب ما به ایجاز خلاصه برخی از یافته‌ها در گزارش تمپلتون / مؤسسه ملی تحقیقات مراقبت بهداشتی و برخی از موضوعات و علائقی را که در حال حاضر در اداره تحقیقات علمی رفتاری و اجتماعی در این میزگرد اداره تحقیقات علمی رفتاری و اجتماعی / مؤسسه ملی بهداشت بروز یافته است، می‌آوریم.

واکنش‌ها نسبت به عمومیت موضوعات مربوط به دین و معنویت و نسبت به این مفهوم که عوامل دینی و معنوی بر برآیندهای بهداشتی تأثیر می‌گذارد و لازم است که در مراقبت‌های بهداشتی در مدنظر قرار گیرد متفاوت بوده است. دامنه این واکنش‌ها غالباً از شک‌گرایی بدبینانه<sup>۲۷</sup> از یک سو (مثلاً، Dawkins, 1999) تا حمایت دلسوزانه (مثلاً، Koenig, 1997) از سوی دیگر کشیده می‌شود. برخی در کم و کیف و اعتبار شواهد موجود تردید می‌کنند و پزشکان را از وارد کردن امور معنوی و دینی در طبابتشان برحذر می‌دارند (Sloan, Bagiella, & Powell, 1999; Sloan, Bagiella, Vande Creek, Hover, & Casalone, 2000; Sloan, Bagiella, & Powell, Chapter 14, this volume)؛ افراد دیگر دیدگاه کمتر نقادانه‌ای در باب کیفیت شواهد موجودی که معنویت و دین را به بهداشت پیوند می‌دهند و در باب این که متخصصان بهداشت انجام دادن چه کاری را می‌توانند در این حوزه در نظر بگیرند که مسئولیت اخلاقی آنان را برآورده

سازد، مطرح می‌کنند (برای مثال، Post, Puchalaski, & Larson, 2000; Tan & Dong, Chap-12, and Shatranske, Chapter 13, this volume).

این مکتوب بر آن است که خوانندگان را با پاره‌ای از شواهد تجربی جدید درباره ارتباط ممکن بین عوامل دینی و معنوی و برآیندهای بهداشتی<sup>۲۸</sup> آشنا سازد. در مقام بررسی این شواهد، معتقدیم که نوعی شک‌گرایی بهداشتی<sup>۲۹</sup> اشکالی ندارد، نگرشی که پذیرای این احتمال است که باورها و رفتارهایی مرتبط با دین و معنویت در واقع در فرآیندهای بهداشتی می‌توانند (در ارتقاء بهداشت و نیز در به مخاطره افکندن آن) حائز اهمیت باشند که مع الوصف این امر نیز مستلزم شواهد تجربی دقیق مبتنی بر مطالعات کاملاً کنترل شده برای تأیید مدعیات و نتیجه‌گیری‌هاست. ما امیدواریم منتقد فراموشکار را با این اطلاعات اغواکننده که ممکن است موجب شک شدید شود آشنا سازیم. هم‌چنین امیدواریم که طرفدار غیرمنتقد (شاید به تعبیر برخی «معرکه‌بگیر») را با موضوعات یا علایقی که در مقام طرح دعاوی و نتیجه‌گیری‌ها به اعتدال ترغیب و تشویق می‌کنند آشنا سازیم.

برای تسهیل چشم‌اندازهای آگاهانه‌تر در مورد هر دو بعد این مشاجره، به پرسش‌های زیر می‌پردازیم: آیا عوامل دینی و معنوی بر برآیندهای بهداشتی تأثیر می‌گذارند؟ آیا شواهدی تجربی دارای کیفیت کافی برای توجیه پاسخی به این پرسش در دست هست؟ چه سازوکارهای ممکن می‌تواند تبیین‌کننده یا توجیه‌گر ارتباطی در این میان باشد، اگر اصلاً ارتباطی وجود داشته باشد؟ آیا براساس شواهد موجود در این مقطع زمانی، استلزاماتی برای متخصصان بهداشت وجود دارد؟ ابتدا در مورد چند تبیین ممکن درباره «جوشش معنوی»<sup>۳۰</sup> و علاقه روزافزون به ارتباط بین دین و معنویت و بهداشت بحث می‌کنیم. سپس اظهارنظر موجز تاریخی‌ای درباره مطالعه علمی در زمینه دین، معنویت و بهداشت و به دنبال آن بحث مختصری در مورد موضوعاتی درباره تعریف و مفهوم مطرح می‌شود. اظهارنظرات ما در باب شواهد علمی‌ای مبنی بر این که عوامل دینی و معنوی بر بهداشت جسمی و روانی تأثیر می‌گذارند موارد زیر را دربر می‌گیرند:

- چند نتیجه‌گیری احتمالی درباره بهداشت جسمی برگرفته از پژوهش علمی درباره معنویت و بهداشت: گزارشی اجماعی<sup>۳۱</sup> (Larson et al., 1998)
- ملاحظه برخی از تازه‌ترین مطالعات متقن مربوط به بیماری‌های واگیرشناختی به منظور فراهم ساختن معنای عینی‌تر از وضع تحقیقات علمی در باب دین، معنویت و بهداشت.

● مروری بر چند مطالعه تجربی (مداخله‌ای) انجام گرفته. شرح مختصری درباره شواهدی که عوامل دینی و معنوی را به بهداشت روانی مرتبط می‌کنند.

● خلاصه کوتاهی از چند موضوع و مسأله مورد توجه که از میزگرد اداره تحقیقات علمی رفتاری و اجتماعی / مؤسّسات ملی بهداشت سرچشمه می‌گیرد و بیشتر بدان اشاره شد.

کار خود را با بحث درباره چند موضوع تحقیقاتی شایان توجه و ارائه نظرات کوتاه و حدس و گمان‌هایی، از جمله نکاتی درباره متخصصان بهداشت، به پایان می‌بریم (برای بحث بیشتر درباره موضوعات مربوط به شیوه کار بنگرید به Chirban, Chapter 11; Tan and Dong, Chapter 12; Shafranske, Chapter 13, this volume). چند اقدام مقدماتی نیز برای افزایش اطلاعات در این زمینه جالب توجه ارائه می‌گردد.

### علّت جوشش معنوی و علاقه به دین - معنویت و بهداشت

چند احتمال برای تبیین جوشش تا حدودی غیر مترقبه علاقه عمومی و علمی به نقش عوامل دینی و معنوی در بهداشت و بیماری حدوداً در طی دهه پیش وجود دارد. اولاً، پژوهش درباره ارتباط بین عوامل دینی و معنوی و بهداشت، که اساساً از دهه ۱۹۶۰ در جریان بوده است، به تدریج شواهد تجربی کیفی بیشتر و مهم‌تری را پدید آورده است. این اطلاعات برگرفته از مطالعات طولی حاکی از آنند که عوامل دینی (مثلاً، وابستگی دینی یا حضور مکرر در مراسم مذهبی) با میزان مرگ و میر کمتر یا خطر بیماری ارتباط دارند. اما، این یافته‌های منتشر شده تا همین اواخر عملاً برای مجامع علمی گسترده‌تری ناشناخته ماندند. عوامل متعددی را می‌توان برای این ضعف برشمرد، از جمله این باور مورد قبول همگانی که هر چیزی که بوی معنویت و دین می‌دهد، طبق تعریف (علی‌الاصول) با علم و روش‌های علمی ناسازگار است (Larson et al., 1998). بعلاوه، در فرهنگ‌های علمی به اجرای مطالعاتی که بر پدیده دین و معنویت تأکید دارند (Sherrill & Larson, 1994) و عدم برداشت صحیح متخصصان (محققان و پزشکان) از موضوع دین و معنویت داغ‌ننگ زده می‌شود. تا همین اواخر، آموزش و نظارت متخصصان به ندرت بر این موضوع معطوف بوده است. برنامه‌های مربوط در زمینه آموزش پزشکی به تدریج شکل گرفته‌اند، اما به استثنای موارد معدودی در بیشتر برنامه‌های آموزشی روان‌شناسی حرفه‌ای وجود ندارند (W. R. Miller, 1999; P. Richards & Bergin, 1997).

آیا گرایش‌های فرهنگی یا اجتماعی‌ای وجود دارد که احتمالاً بر این جوشش تاثیر داشته باشد؟ چند احتمال به ذهن خطور می‌کند: جمعیت به سرعت رو به پیری رفته در این کشور و سایر ملت‌های صنعتی شده (مسن‌تر شدن غالباً با توجه بیشتری به امور معنوی و دینی همراه می‌شود)، آهنگ و شتاب دم‌افزون زندگی و مشکلات مربوط به صرف وقت برای ایجاد و حفظ و تداوم روابط عمیق و نزدیک (سطح فزاینده افسردگی، اضطراب و کینه‌توزی)، نگرانی درباره فقدان ادب و نزاکت و احترام عمومی نسبت به دیگران، سرشت متغیّر حرفه‌ها و فقدان نسبی امنیت شغلی و احساس کاهنده هرگونه مسئولیت اجتماعی، همراه با نوعی «فردگرایی خشن [متصل‌بانه]<sup>۳۲</sup>» که به افراط گراییده است (مثلاً، -Sul, Madsen, Bellah, 1995; Frank & Cook, 1995; Thoresen, 1999; Schor, 1991; Swindler, & Tipton, 1995).

مایرز (2000a) و دیگران (مثلاً، Csikszentmihalyi, 1999) درباره تناقض‌نمای آمریکایی می‌نویسند، تناقض‌نمایی که در آن ثروت و مصرف به صورت تصاعدی برای بسیاری از مردم افزایش یافته است و با این همه، خشونت، یأس و انزوای طلبی نیز به شدت افزایش و احساس همبستگی و ارتباط کاهش یافته است. چنان‌که نظر می‌رسد که گویی آمریکاییان، در میان افراد دیگر، به موازات ثروتمندتر شدنشان، خوشبخت‌تر نمی‌شوند. در واقع، این رابطه مورد اعتقاد همگان («اگر پول بیشتری می‌داشتم، خوشبخت‌تر می‌بودم») معتبر به نظر نمی‌رسد (Csikszentmihalyi, 1999). در واقع، این ارتباط، و رای یک سطح معتدل ثروت، منفی از کار درمی‌آید. مردم چه بسا ایمانشان به مادگرایی و موفقیت تعریف شده به ثروت، شهرت و پایگاه [اجتماعی] را زیر سؤال می‌برند. آنان چه بسا در جست‌وجوی سرچشمه‌های معنا و هدف‌اند که از طریق ابزار مادی در دسترس نیست.

شاید وجهه عمومی دین و معنویت به بهترین وجه با این واقعیت غالباً ناشناخته اثبات می‌شود که بیشتر آمریکاییان، علیرغم تعدد و گوناگونی فزاینده آنها، به شرح زیر گزارش می‌دهند: به خدا باور دارند (۹۶٪)، به دین و مذهبی تعلق و وابستگی دارند (۹۲٪)، عضو کلیسا یا کنیسه‌ای هستند (۶۷٪) و دین خود را «مهم یا بسیار مهم» می‌دانند (۶۰٪). بسیاری نیز به طور منظم در نوعی مراسم مذهبی حضور می‌یابند (۴۲٪) (Gallup, 1995). به علاوه، اطلاعات گالپ (ذکر شده در اثر مایرز 2000a) اخیراً فاش ساخت که آمریکاییان افزایش شدیدی را در نیازشان به «تجربه رشد معنوی» از ۵۴٪ در ۱۹۹۴ تا ۸۲٪ در ۱۹۹۸ گزارش کرده‌اند.

همان گونه که به تفصیل بیشتر متعاقباً بحث خواهد شد، دقیقاً آن چه از این اطلاعات نظر خواهی براساس آن چه یک شخص در اوضاع و احوال خاص زندگی انجام می دهد، می اندیشد یا احساس می کند، مراد است، بسیار نامشخص است. عوامل بسیاری بر چگونگی پاسخ های فرد به هر پرسش پرسشنامه، از جمله موضوعات مربوط به مطلوبیت اجتماعی و آنهایی که با اموری فراتر از آگاهی وجدانی فرد سروکار دارد، تأثیر می گذارد (مثلاً، Kirsh & Chartraud, 1999; Lynn, 1999). هم چنین توجه کنید که این اطلاعات نشان دهنده متوسط درآمدهای ملی هستند که مستلزم تفاوت های قابل توجهی بین جوامع، ایالات و مناطق ایالات متحده اند.

### دورنماهای تاریخی

توجه به نقش عوامل دینی-معنوی و بهداشت به هزاران سال پیش باز می گردد. در قرن نوزدهم، مطالعات تجربی در باب ارتباط های ممکن بین عوامل دینی-معنوی و بهداشت، غالباً به منزله مشاهدات ناظر به ارتباط بین یک عامل دینی-معنوی نظیر فرقه دینی و یک بیماری نظیر سرطان (Billings, 1891; Travers, 1837) به تدریج بروز می یابند. در اواخر قرن نوزدهم، امیل دورکیم (۱۸۹۷/۱۹۵۱)، یکی از بنیان گذاران جامعه شناسی نوین، خاطر نشان کرد که میزان خودکشی در اثر وابستگی مذهبی متفاوت است. ویلیام جیمز<sup>۳۴</sup> (۱۹۰۲/۱۹۸۵)، یکی از روان شناسان پیش تاز درباره این که چگونه دیانت پیشگی [تدین]،<sup>۳۵</sup> طبق تعریف عام، به طور کلی نقشی در بهداشت ایفا می کند، اظهار نظر کرد. هم چنین در این دوران، سرویلیام اوسلر<sup>۳۶</sup>، بنیان گذار کاردیولوژی (تخصص قلب) و محقق و پزشک بالینی برجسته در مجله پزشکی بریتانیا<sup>۳۷</sup> (Osler, 1910) درباره نیروی ایمان و اعتقاد به خدا در مراقبت های پزشکی بیماران مطالبی نوشت. اوسلر به پزشکان توصیه می کند که ایمان بیماران را به عنوان عامل شفابخشی در معالجه به کار ببرند. جیمز و اوسلر به طرق بسیاری نیروی افزایش توقعات پاسخ مثبت را در مقام این که در شفا دادن بیماران تأثیر داشته باشد، یعنی آن چه را که بسیاری چه بسا به اشتباه اثر دل خوش کنک (بیمار راضی کن) نامیده اند مورد تأیید قرار دادند (مثلاً، Kirsch & Lynn, 1999).

در نیمه قرن گذشته گوردن آلپورت<sup>۳۸</sup> روان شناس سرشناس هاروارد که با مطالعه فشرده ای در باب عوامل شخصیت فردی سروکار داشت درباره عدم توجه به عوامل دینی-معنوی در روان شناسی این گونه اظهار عقیده کرد: «در میان روشنفکران متجدد، خصوصاً در دانشگاه ها،

موضوع دین علی الظاهر از نظرها پنهان مانده است... حتی روان شناسان که در نظر آنان از قرار معلوم هیچ موردی از علائق و دغدغه‌های انسانی بیگانه و نامأنوس نیست، احتمالاً هنگامی که موضوع مورد بحث قرار می‌گیرد، از موضع خود پا پس می‌کشند» (1950, p.1). آلپورت موضوعات دینی را منبع عمده انگیزه‌ها و اهداف انسانی تلقی می‌کرد. وی دو شیوه یا جهت‌گیری انگیزشی متفاوت را توصیف می‌کرد که به نظر می‌رسید مردم درباره‌ی التزام دینی دارند: ذاتی (درونی) و غیر ذاتی (بیرونی). یعنی، به نظر می‌رسید که برخی از افراد تجارب و اهداف دینی را از یک چارچوب اجتماعی تر و به لحاظ میان‌فردی فعال‌تر (بیرونی) می‌نگرند، نظیر خدمت کردن به کمیت‌ها یا برقراری روابط اجتماعی. اما به نظر می‌رسید که سایرین، بیشتر به طور ذاتی برانگیخته می‌شوند، به نحوی عمیق‌تر و شخصی‌تر به دین اهتمام دارند و بیشتر با کیفیت ایمانشان و ارتباطشان با خدا (به هر صورتی) سرو کار دارند. آلپورت تأکید کرد، هرچند رفتارهای دو نفر ممکن است با هم شباهت داشته باشند، انگیزه‌هایشان برای انجام دادن آن رفتارها ممکن است بسیار تفاوت کنند. جالب آن که آلپورت یکی از اولین روان‌شناسانی است که برداشت خود را از جهت‌گیری دینی (ذاتی/بیرونی) با تدوین پرسشنامه‌ای به مرحله عمل درآورد و از این رو زمینه مطالعات تفاوت‌های فردی در چارچوب دین را فراهم کرد (Gorsuch & Miller, 1999).

### مطالعات نوین اولیّه

مطالعات تجربی کنترل شده در مورد متغیرهای دین و معنویت و بهداشت در قرن بیستم به استثنای معدودی، فی الواقع در اواخر دهه ۱۹۶۰ آغاز گردید و از آن زمان بدین سو به شدت افزایش یافته است. در این جا به اختصار تمام به معدودی از مطالعات اولیّه در این دوران اشاره می‌کنیم که زمینه معرفت‌شناختی درک یافته‌های اخیر را که ممکن است عوامل دینی-معنوی را به بهداشت پیوند دهند، آماده می‌سازد.

در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ مطالعات عموماً ارتباط‌هایی را بین متغیرهای بهداشت و وابستگی مذهبی<sup>۳۹</sup> (مثلاً مسیحی، یهودی) یا فرقه‌ای (مثلاً پروتستان یا کاتولیک) گزارش کردند. گاه و بی‌گاه شرکت و حضور در مراسم مذهبی با برآیندی بهداشتی، نظیر مرگ و میر به هر دلیلی یا حالات بیمارگونه عمده (مثلاً، Scotch, 1963) مورد مقایسه قرار می‌گرفت. برای مثال، یکی از مطالعات بیماری اکلیلی و میزان مرگ و میر را در میان منتظران رجعت مسیح روز هفتمی<sup>۴۰</sup>،

یعنی فرقه پروتستان مذهبی که قوانین و مقررات شدیدی بر ضد استعمال دخانیات، کافئین و الکل و سفارش های شدیدی به خوردن غذاهای گیاهی دارد و بر زندگی خانوادگی بسیار تاکید می کند، بررسی کرد (Phillips, Lemon, Beeson, & Kuzma, 1978). آنان بیش از ۲۷۰۰۰ کالیفرنایی را به مدت ۶ سال بر اساس عادات غذایی مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که میزان مرگ و میر در میان اعضاء فرقه منتظران رجعت مسیح روز هفتمی به نحو شگفت انگیزی پایین تر از کالیفرنایی های دیگر است. برای مثال، مردان فرقه منتظران رجعت مسیح روز هفتمی ۷۴٪ و زنان شان ۶۶٪ میزان مرگ و میری پایین تر از کالیفرنایی های همسن خود (سنین بین ۳۵ تا ۶۴) داشتند. افراد فرقه منتظران رجعت مسیح روز هفتمی در تمام سنین ۵۰٪ میزان مرگ و میر کمتری داشتند.

در یک مطالعه تکمیلی، فیلیپس، کوزما، بیسن و لوتس (۱۹۸۰) نیز تفاوت های به لحاظ فرقه ای مرتبط با میزان مرگ و میرهای سرطانی مشاهده کردند. برخلاف تبیینی که استعمال دخانیات را به مرگ و میر بیشتر مرتبط می کرد، مرگ و میرهای سرطانی در میان فرقه های منتظران رجعت مسیح روز هفتمی ۵۰٪ کمتر از مرگ و میرهای میان کالیفرنایی های غیر سیگاری بود. یعنی، به نظر می رسید که این اختلاف و تفاوت معلول تفاوت های گروهی از نظر استعمال دخانیات نبود. انستروم<sup>۴۱</sup> (۱۹۷۵) یکی از چندین مطالعات آینده نگر<sup>۴۲</sup> (یعنی، طولی) در مورد مورمون ها<sup>۴۳</sup> و مرگ و میر کلی را گزارش داد. مورمون های کالیفرنیا، که با سایر مردم کالیفرنیا مورد مقایسه قرار گرفتند، پرده از نوعی ارتباط دوز-پاسخ<sup>۴۴</sup> (یعنی، مثلاً ارتباط دارو یا تدین بیشتر با درد یا بیماری کمتر) برداشتند: مورمون های از نظر مذهبی بسیار فعال نسبت به مورمون های از نظر مذهبی کمتر فعال مرگ و میر کمتری داشتند و مورمون های اخیر الذکر هم نسبت به مورمون های غیر فعال دچار مرگ و میر کمتری بودند. مرگ و میرهای ناشی از بسیاری از سرطان های مختلف به نحو قابل ملاحظه ای کمتر (بیش از ۵۰٪) بود. جالب آن که، استعمال دخانیات یا مصرف شدید الکل تفاوت های بیشتر مرگ و میرهای سرطانی را تبیین نمی کرد.

کُستاک و همکاران (Comstock & Partridge, 1972; Comstock & Tonascia, 1978) یک مطالعه هشت ساله ای را انجام دادند که شایان توجه بود، زیرا آنان از بررسی فرقه مذهبی به منزله تنها عامل پیش بینی کننده عدول کردند و اثرات مشخص تر رفتار دینی و معنوی بر بهداشت جسمی و روانی را مورد بررسی قرار دادند: این که افراد چند وقت یکبار در مراسم مذهبی حضور می یافتند. آنان با در اختیار داشتن ۵۰۰۰۰ فرد بالغ و پس از کنترل [عواملی نظیر] نژاد، جنس،



سن، استعمال دخانیات، وضعیت تأهل و داشتن حمام در خانه، کاهش خطر بیماری را در مورد کسانی که اغلب اوقات در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند، مشاهده کردند. برای مثال، زنانی که به طور منظم (هفته‌ای یکبار یا بیشتر) در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند، در مقایسه با زنانی که در مراسم مذهبی شرکت نمی‌کردند، کمتر در معرض خطر بیماری‌های متعدّد، از جمله ۵۲٪ کمتر در معرض خطر بیماری قلبی-عروقی، قرار داشتند. آنان اضطراب و ترس از مرگ یا احتضار را در میان زنانی که به طور مرتب در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند، کمتر دیدند. کومستاک و همکاران چندین متغیر مشترک یا عوامل احتمالی‌ای را که می‌توانستند این تفاوت‌ها را (که غالباً متغیرهای درآمیخته<sup>۴۵</sup> نامیده می‌شوند) تبیین کنند، کنترل کردند (یعنی منتفی دانستند) و با این همه تفاوت‌هایی را براساس حضور مکرر در مراسم مذهبی شاهد بودند.

این مطالعات اولیه چه مطلبی به ما می‌گویند؟ عمدتاً می‌گویند که در شرکت داشتن در سازمان، فعالیت یا گروهی دینی که با وضعیت بهداشتی بهتر، از جمله کاهش خطر مرگ و میر، ارتباط دارد، چیز مهم و درخور توجهی وجود دارد. طرح‌های مطالعات جدیدتر عالمانه‌تر بوده‌اند و تلاش می‌کرده‌اند که افراد را به لحاظ آماری براساس متغیرهای درآمیخته بالقوه مناسب‌تر (یعنی عوامل پیشگویی‌کننده احتمالی مرگ و میر) برابر بدانند. این مطالعات اساساً از آنچه مطالعات متقدم‌تر پیشنهاد کرده‌اند پرده برداشته‌اند: التزام دینی داشتن با بهداشت مناسب‌تر ارتباط دارد. اما دلیل این امر مبهم باقی مانده است، و درخور توجه است. همان‌گونه که کومستاک و پارتیج (۱۹۷۲) خاطر نشان کرده‌اند، به نظر نمی‌رسد که حضور در مراسم مذهبی مستقیماً میزان مرگ و میر را کاهش دهد، اما همچون «عاملی غیر خاص» در کاهش مرگ و میر و بیماری عمل می‌کند. توجه داشته باشید که اصطلاح «غیر خاص» به طور گسترده در تحقیقات روان‌درمانی در آن دوره (Kiesler, 1966) مورد استفاده قرار می‌گرفت و زمینه علمی را برای جست‌وجوی آنچه ممکن بود عوامل خاص‌تر و به‌روشنی قابل تشخیص‌تر باشند آماده می‌ساخت، عواملی که می‌توانستند برآیندهای بهداشتی را تبیین کنند.

به خاطر داشته باشید که چه‌بسا در مورد چنین اطلاعاتی (داده‌هایی) مسأله‌ای مهم، اگر نگوئیم مشاجره‌آمیز، در میان است. از یک سو، این مطالعات اولیه بی‌تردید نتوانستند چندین عامل را کنترل کنند، نظیر ویژگی‌های روان‌شناختی و رفتاری خاص که به یک معنا می‌توانستند ارتباط مورد نظر مشهود را «تبیین» یا توجیه و تعلیل کنند. شاید اعضاء یک گروه مذهبی خاص،

نظیر مورمون‌ها یا فرقه منتظران رجعت مسیح روز هفتمی از قوانین و قواعد دین خود در مورد عدم استعمال دخانیات، در مورد محدودیت‌های غذایی و توجه به نیاز جسم به فعالیت و سلامتی، تبعیت کنند. شاید اوقات بیشتری را با خانواده نزدیک و دیگر اعضای کلیسا، به سبب فرصت‌ها و انتظارات بسیاری که جامعه دینی‌شان فراهم ساخته، سپری کنند. اگر مطالعات جدیدتر در مقام ضبط و مهار عوامل خاص‌تر، اکنون نشان می‌دهند که رابطه‌ای که در اوایل یافت شده در اثر اندیشیدن و رفتار کردن از سوی اعضای به نحوی که ارتقابخش بهداشت و سلامتی است، «توجیه و تعلیل شده‌اند»، آیا این امر هرگونه سهم التزام و مشارکت دینی در بهداشت را تکذیب می‌کند یا مردود می‌شمارد؟ می‌توان استدلال کرد که اعمال و نگرش‌های سلامتی‌بخش خاص‌اند که ارزش و اهمیت دارند و نه هر عامل دینی و معنوی عامی که حائز اهمیت است. اما، دیگران این موقعیت را موقعیتی در نظر می‌گیرند که در آن دین فرد یا جهت‌گیری معنوی کلی فرد نسبت به زندگی بستر عام و غیرمستقیمی (که گاهی عامل دوربرد<sup>۴۶</sup> نامیده می‌شود) فراهم می‌سازد که در آن عوامل اختصاصی (مجاور<sup>۴۷</sup>) نظیر رفتارهای سلامتی افزا به احتمال زیاد روی خواهند داد. می‌توان درباره این موضوع به نحو اقناع‌کننده‌ای به یکی از دو راه، تا حدودی بسته به منظر یا جهت‌گیری مفهومی‌ای که اتخاذ شده است، (Oman & Thoresen, 2001) استدلال کرد. ما به این موضوع مفهومی و تحلیلی در این مکتوب می‌پردازیم. لیکن، ابتدا در مورد این که چگونه اصطلاحات «معنویت» و «تدین» به کار رفته‌اند و به کار می‌روند، اظهار نظر می‌کنیم. این موضوع به صورت مشکل عمده‌ای ظاهر می‌شود، زیرا خلط و التباس در مورد این اصطلاحات مانع پیشرفت در تلاش برای ایضاح ارتباط بین عوامل دینی معنوی و بهداشت شده است.

### دین و معنویت: مفاهیم یکسان یا متمایز

همان‌گونه که به نحوی تام و تمام‌تر پلانته<sup>۴۸</sup> و شرم<sup>۴۹</sup> (فصل یکم این کتاب) بحث کردند، معنای اصطلاحات «دین» و «معنویت» امری مشاجره‌آمیز بوده است (Pargament, 1997). به نظر می‌رسد که سؤالات اساسی زیر مورد بحث‌اند: آیا دین (یا تدین) و معنویت یک چیزند؟ اگر یک چیز نیستند، به چه نحوی با هم متفاوت‌اند؟ آیا معنویت را باید جزو چارچوب دینی قرار داد، یا دین تجلی بالقوه یا مشخصه معنویت است؟

اجمالاً می‌توان گفت که دین غالباً پدیده‌ای اجتماعی تلقی می‌شود که متضمن نهاد‌های

اجتماعی دارای قواعد، مناسک، میثاق‌ها و تشریفات رسمی است. از سوی دیگر، نگرش متعارف به معنویت، به تجارب شخصی فرد، که عموماً با نوعی دین رسمی مرتبط قلمداد می‌شود، اما به طور روزافزون امری ضرورتاً مرتبط با هیچ دین سازمان‌یافته‌ای تلقی نمی‌شود، اشاره می‌کند (W. R. Miller & Thoresen, 1999). اما، اصطلاح «تدین» غالباً برای بیان تجارب شخصی فرد به عنوان جزئی از یک دین سازمان‌یافته به کار می‌رود (جیمز، ۱۹۰۲/۱۹۸۵، این اصطلاح را بدین نحو به کار می‌برد). در پاره‌ای متون، اصطلاح «تدین» ممکن است با «معنویت» مترادف باشد. برای مثال، در چندین کشور اروپای شمالی عموماً درباره تدین به همان نحوی گفت‌وگو می‌شود که در آن اصطلاح «معنویت» به طور فزاینده‌ای مورد استفاده بسیاری از افراد در ایالات متحده قرار می‌گیرد (Stifoss-Hanssen, 1999).

فرهنگ انگلیسی آکسفورد<sup>۵۰</sup> ده صفحه اطلاعات مرجع در مورد مفهوم معنویت در اختیار می‌گذارد (Simpson & Weiner, 1989). دو موضوع (درونمایه) مربوط به هم ظاهراً در این اطلاعات غالب است: موضوع اول، مفهوم معنویت است که با حیات‌بخش‌ترین یا حیاتی‌ترین کیفیات زندگی سر و کار دارد (اصطلاح *spiritus* در لاتین به معنای «نیرو (جان)» است که برای حیات بسیار مهم است). موضوع دوم، معنویت متضمن ویژگی‌های غیرمادی‌تر در زندگی است که از جسم یا سایر امور مادی‌تر و محسوس‌تر، از جمله حواس ما نظیر بینایی و شنوایی، متمایز است. برخی معتقدند که دین مفهوم فراگیرتری است که معنویت را در کانون توجه عمده خود دارد: «دین جست‌وجوی معناست به طریقی که به امر مقدس مربوط می‌شود» (Pargament, 1999, p.11). دیگران مدعی‌اند که معنویت مفهوم فراگیرتری است که دین یا تدین ممکن است جزئی از آن باشد یا نباشد. ما این دیدگاه را برمی‌گزینیم که این مفاهیم را می‌توان دو دایره متداخل در نظر گرفت (نمودارهای ون<sup>۵۱</sup>)، که معنویت، دایره بزرگتر، مشترکاً با دین مناطق بسیاری را همپوشی می‌کنند، هرچند هرکدام مناطق متمایز همپوشی نشده‌ای دارد (W. R. Mill-er & Thoresen, 1999; Thoresen, 1999).

ما گمان می‌کنیم که معنویت، اگر بناست به معنای چیزی بیش از هرگونه اعتقاد شخصی غیرمتعارف باشد، مستلزم طلب احساس مرتبط بودن یا مرتبط شدن با چیزی بسیار بزرگتر از صرفاً خودشخص (مثلاً «فراسوی خود») (Walsh & Vaughn, 1995) است، چیزی که برای زندگی فرد معنا و هدفی، اگر نگوئیم چیزی مقدس یا قدسی، فراهم می‌سازد (Thoresen, 1999). بحث

مفصل‌تر در باب بسیاری از موضوعات فرهنگی، روان‌شناختی و الاهیاتی خارج از گنجایش این نوشته است (بنگرید به Stifoss-Hanssen, 1999; Pargament, 1999; Emmons & Crumler, 1999).

در مقام بررسی رویکردهای مفهومی مختلف، به آن کسانی می‌اندیشیم که ممکن است پرداختن و تقرّب به اموری مانند خدا، دین و معنویت را از یک جهت‌گیری علمی (مثلاً Dawkins, 1996; Thomson, 1999)، اگر نگوئیم ناممکن، فاقد حسّاسیت، و نامناسب، می‌دانند. بسیاری از ویژگی‌ها یا ابعاد تدین و معنویت ممکن است کاملاً خارج از ساحت آن‌چه علم می‌تواند مورد مطالعه قرار دهد، قرار گیرد. با این همه، ما معتقدیم که دانشمندان در اوج شکوفایی خود «دل‌باخته‌رازند» و می‌توانند با تشریح مساعی با غیر دانشمندان شیوه‌هایی را برای بهتر درک کردن پدیده معنویت و دین و پیوندهای ممکن آنها با بهداشت ابداع کنند. منظری که ما پیشنهاد می‌کنیم ظاهراً با مفروضات زیر درباره معنویت و تدین متناسب است:

- تدین و معنویت از این حیث که مفهومند مظهر پدیده‌های اساساً کارکردی یا فرآیندمحور (مثلاً مدارا کردن<sup>۵۲</sup>، یکپارچگی اجتماعی<sup>۵۳</sup>) اند و نه ویژگی‌های ساختاری ثابت (مثلاً، فرقه مذهبی<sup>۵۴</sup>). یعنی عوامل دینی و معنوی با تغییر ماهیت آن‌چه فرد در محیط‌های اجتماعی و فرهنگی خاص انجام می‌دهد، می‌اندیشد، احساس می‌کند و به نحوی انفسی تجربه می‌کند، سروکار دارد. تدین و معنویت ویژگی‌های ثابت یا خصوصیات نامتغیر نیستند.
- دین و معنویت ماهیتاً چند بعدی‌اند. برخی از ابعاد را به سهولت می‌توان مشاهده کرد (مثلاً حضور در مراسم مذهبی) و برخی ابعاد، (مثلاً، احساس نزدیکی به خدا) کیفیات نهفته (پنهان یا پوشیده) هستند که به آسانی مشاهده نمی‌شوند. دین و معنویت از این حیث بسیار شبیه به مفاهیم شخصیت، تندرستی و عشق هستند. درست همان طوری که شخصیت چیزی بیش از رفتار، تندرستی چیزی بیش از فشارخون و عشق چیزی غیر از تحریک جنسی است، معنویت چیزی بیش از احساسی مرتبط با زندگی و تدین چیزی بیش از حضور در مراسم مذهبی است.
- تدین و معنویت با پرسش‌نامه‌هایی دارای یک یا چند سؤال به نحو مناسبی ارزیابی نمی‌شوند و همین‌طور با استفاده از یک شیوه ارزیابی (مثلاً، فقط پرسشنامه‌ها یا فقط گزارش‌ها یا حکایات شخصی) به‌طور جامعی مورد سنجش واقع نمی‌گردند. برخلاف ویژگی‌های ثابت، بیشتر عوامل معنوی و دینی با گذشت زمان و در اوضاع و احوال مختلف تغییر می‌پذیرند؛ بنابراین، ارزیابی‌های چندگانه ظاهراً از ارزیابی‌های انفرادی در نشان دادن این ساخته و پرداخته‌ها مطلوب‌ترند.

دابلو . آر . میلر و تورسن (۱۹۹۹) یک راه برای به صورت مفهوم درآوردن تدین و معنویت پیشنهاد کرده‌اند که به نظر می‌رسد با رویکردهای روش شناختی و سنجش‌گرانه در علوم رفتاری تناسب دارند. رویکرد آنان چهار بعد عمده دربردارد که احتمالاً به یکدیگر مرتبط‌اند، اما با این همه آنقدر متمایز هستند که به طور جداگانه مورد ارزیابی قرار گیرند. این ابعاد عبارتند از (۱) رفتارهای آشکار<sup>۵۵</sup> (مثلاً اعمال و رفتارهایی که فرد دینی یا معنوی تلقی می‌کند، نظیر حضور در مراسم مذهبی، خواندن مطالب و موضوعات معنوی، مراقبه<sup>۵۶</sup>، گذشت یا خدمت به دیگران)؛ (۲) اعتقادات (مثلاً تصورات از خدا به عنوان موجودی مهربان یا منتقم، خود سودمندی در خصوص ریاضت‌ها، احساس مسئولیت کردن نسبت به دیگران و تقبل مسئولیت کردن)؛ (۳) انگیزه‌ها، ارزش‌ها و اهداف (مثلاً تلاش‌های روزمره، دلایل شرکت در ریاضت‌ها)؛ و (۴) تجارب انفسی<sup>۵۷</sup> (مثلاً، درک احساس آرامش باطنی<sup>۵۸</sup>، احوال عرفانی). در مقام تأمل درباره این ابعاد، به خاطر داشته باشید که یکی از کم و کاستی‌های عمده تحقیقات جاری ناتوانی در تجزیه ابعاد چندگانه معنویت و دیانت‌پیشگی بوده است. یعنی، مطالعاتی که تا این اواخر صورت گرفته اساساً ارزیابی‌های بسیار ساده‌ای را (مثلاً چند فقره سؤال درباره فرقه، کثرت شرکت در مراسم مذهبی یا تعدد و تکرار نماز و نیایش‌ها) در مورد گروه نمونه بزرگی (غالباً به تعداد هزاران نفر) به کار برده‌اند. بررسی دیانت‌پیشگی در یک سطح خرد یا خاص (مثلاً، اعتقادات و رفتارهای خاص مربوط به شرکت در مراسم مذهبی بسیار نادر (کم) بوده است (Hill & Hood, 1999). ارزیابی مفصل‌تر را شرمین و سیمونتون در فصل ۶ و چیربن در فصل ۱۱ این کتاب مورد بحث قرار می‌دهند.

#### در مورد ارتباط عوامل دینی - معنوی و بهداشت چه می‌دانیم؟

ارتباط‌های جالبی، اگر نگوئیم شگفت‌انگیزی، بین التزام دینی، برحسب تعریف اجمالی، و بهداشت گزارش شده است. اکثریت قریب به اتفاق تحقیقاتی که روابط بالقوه بین عوامل دینی و وضعیت بهداشت جسمی، از جمله مرگ و میر، را بررسی می‌کنند ماهیتاً واگیرشناختی و/یا همبسته (متضایف)<sup>۵۹</sup> بوده‌اند. توجه داشته باشید که تقریباً همه تحقیقاتی که تا به امروز انجام گرفته معطوف به دین یا دیانت‌پیشگی بوده‌اند، نه به معنویت که نسبتاً یا کاملاً مستقل از دین تلقی می‌شود. علاوه بر این، همانگونه که قبلاً خاطر نشان کردیم، التزام دینی معمولاً به وابستگی گزارش شده شخص به یک

دین سازمان یافته (یا به فرقه خاص آن شخص در یک دین) یا به کثرت شرکت او در مراسم دینی محدود بوده است. افزون بر این، پرسش‌های در باب دین غالباً به معدودی پرسش در پرسش‌نامه‌ها که در یک موقعیت و مناسبت به اجرا درآمده‌اند، محدود و منحصر بوده‌اند.

### تحقیق علمی در باب معنویت و بهداشت: گزارشی اجماعی: بهداشت جسمی (۱۹۹۸)

در گزارش اجماعی (مؤسسه ملی تحقیقات مراقبت بهداشتی)، متیوز، کونینگ، تورسن و آر. فردمن (۱۹۹۸) مطالعاتی را ذکر کرده‌اند که شواهد و مدارکی فراهم می‌کنند بر این که ظاهراً التزام دینی، معمولاً کثرت حضور در مراسم دینی، را با عوامل بهداشت جسمی پیوند می‌دهند. در اینجا چند مثال می‌آوریم:

- میزان کم بیماری شریان اکلیلی، آمفییزم<sup>۶۰</sup> (=اتساع مجاری و حباب‌های ریه)، سیروز<sup>۶۱</sup> و خودکشی (Comstock & Partridge, 1972).
- فشار خون پایین (Larson, Koenig, & Kaplan, 1989).
- میزان پایین آنفارکتوس ماهیچه قلب در یک گروه نمونه اسرائیلی (Madalie, Kahn, & Neufeld, 1973).
- بهبود عملکرد جسمی، پذیرش رژیم دارویی، عزت نفس، اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با بهداشت کمتر از یکسال بعد از عمل جراحی در بیماران پیوند قلبی (R. C. Harris et al., 1995).
- میزان درد کمتر در بیماران سرطانی (Yates, Chalmer, St. James, Follansbee, & McKegney, 1981).
- بهداشت بهتر محسوس و بهره‌گیری از خدمات پزشکی و درمانی کمتر (Frankel & He-witt, 1994).
- کاهش ناتوانی کارکردی در پرستاری بیماران سالخورده در منزل (Idler & Kasl, 1992, 1997).

### چند مطالعه جدید واگیرشناختی به خوبی کنترل شده: حضور در مراسم مذهبی و میزان مرگ و میر

برخی از تحقیقات در این زمینه به نحو مناسبی عوامل دیگری را که می‌توانند روابط گزارش شده درباره پیوند میان میزان پایین بیماری با التزام مذهبی بیشتر را تبیین کنند در نظر نگرفته‌اند. برای مثال، کشیدن سیگار به روشنی به حالت بیمارگونه و میزان و مرگ و میر مرتبط است. ناتوانی

در کنترل مناسب استعمال دخانیات در هر گونه مطالعه مرتبط با بهداشت که مستلزم عوامل دینی-معنوی است، پرسش‌هایی را درباره آن چه می‌توان در مورد نقش عوامل دینی-معنوی در کاهش خطر بیماری، از جمله مرگ، در این مطالعه، استنباط کرد، مطرح می‌کند. اخیراً کانون توجه بر کاربرد آخرین (پیشرفته‌ترین) طرح‌های واگیر شناختی، غالباً همراه با گروه‌های نمونه نسبتاً بزرگ، بوده است تا دریابند آیا عوامل دینی و معنوی وضعیت بهداشتی، بویژه میزان مرگ و میر، را پیش‌بینی می‌کنند یا نه، در حالی که بسیاری از عوامل دیگر مربوط به برآیندهای بهداشتی در این تحلیل گنجانده شده‌اند. جدول ۱ چهار مطالعه‌ای را که اخیراً تکمیل شده‌اند توصیف می‌کند (برای بحث مفصل درباره مطالعات تجربی‌ای که عوامل دینی-معنوی را به کاهش میزان مرگ و میر مرتبط می‌دانند بنگرید به مکالم، فصل ۳ این کتاب).

چند مطلب درباره این چهار مطالعه، نظیر تلاش برای گنجاندن بسیاری از هم‌متغیرهایی که می‌توانند، به تعبیری، با عوامل دینی و معنوی در پیش‌بینی برآیندهای بهداشتی رقابت کنند، شایان توجه است. از این مطالعات می‌توان پی برد که حتی با وجود ۱۲ متغیر کنترل یا بیشتر به کار رفته در این تحلیل، با این همه، کثرت شرکت در مراسم مذهبی مرگ و میر به هر علت را پیش‌بینی می‌کرد. بعلاوه، این مطالعات الگوهای آماری مختلف شامل ترکیب و تلفیق‌های گوناگون عوامل را در تلاش برای فهم این که کدام عوامل خاص، نظیر شرکت در مراسم دینی، کماکان عوامل پیش‌بینی‌کننده حائز اهمیت باقی می‌مانند و کدام نمی‌توانند حائز اهمیت باقی بمانند، هنگامی که عوامل دیگر به هر الگو افزوده می‌شوند، مقایسه کردند.

در نظر داشته باشید که این مطالعات نشان نمی‌دهند که عوامل دینی-معنوی به لحاظ آماری حائز اهمیت، که در تحلیل‌های چندمتغیری به نحو مستقلی پیشگویانه تلقی می‌شوند، باعث یا موجد مرگ و میر کمتر یا تندرستی بیشتر می‌شوند. پیشگویی با تبیین یکسان نیست. این داده‌ها همبسته باقی می‌مانند و نشان می‌دهند که ارتباطی غیر معمولی و غیر اتفافی بین یک عامل دینی-معنوی خاص، نظیر حضور در مراسم مذهبی و میزان مرگ و میر وجود داشت. بعلاوه، وجود یک رابطه آماری مهم بین حضور بیشتر در مراسم مذهبی و کاهش مرگ و میر به هر علت، ولو در یک طرح احتمالی کنترل شده وجود داشته باشد، به این معنا نیست که حضور در مراسم مذهبی به هر کسی سود می‌رساند یا حتی به بیشتر مردم سود می‌رساند (Ellison & Levin, 1998). آن چه این رابطه به ما می‌گوید این است که، بطور متوسط، حضور در مراسم مذهبی با مرگ و میر کمتر دارای

جدول ۱. مطالعات کنترل شده جدید در مورد روابط بهداشتی جسمی - دینی و معنوی

مطالعه/ کانون توجه	ویژگی های گروه نمونه	متغیر(های) پیش بین	متغیرهای کنترل	متغیرهای پیامد	نتایج و استنباط ها
- هومر، راجرز، نم و الیسون (۱۹۹۹) - مطالعه واگیرشناختی التزام دینی و مرگ و میر بزرگسالان در ایالات متحده، به همراه یک مطالعه تکمیلی ۸ساله	- یک گروه نمونه کشوری با ۲۱۲۰۴ شرکت کننده در مطالعه تکمیلی «عامل خطر سرطان» مربوط به سنجش مصاحبه ای بهداشت ملی در سال ۱۹۸۷	- حضور در مراسم دینی (هرگز، کمتر از یکبار در هفته، هر هفته، بیش از یکبار در هفته)	- سن - جنس - درآمد خانوادگی - وضعیت تأهل - منطقه جغرافیایی - وضعیت بهداشتی - رفتارهای بهداشتی - حمایت اجتماعی	- مرگ و میر تحلیل شده بر اساس علت مرگ	- در الگوی کامل (شامل همه هم متغیرها) در سراسر مقولات مربوط به علت مرگ، آن دسته از کسانی که هرگز در مراسم مذهبی شرکت نمی کنند، ضریب خطر ۱/۵۰ (یعنی ۵۰٪ بیشتر، $P < ۰/۰۱$ )، کمتر از هفته ای یکبار $۱/۲۴$ ( $P < ۰/۰۵$ )، و گروه هفته ای $۱/۲۱$ ( $P < ۰/۵$ ) در مقایسه با گروه مرجع بیش از یکبار در هفته (RG). در مدل کامل آن کسانی که هرگز در مراسم مذهبی شرکت نمی کنند در معرض خطر مرگ بیشتری در اثر ابتلاء به بیماری تنفسی ( $P < ۰/۰۵$ )، $۲/۱۱$ = ضریب خطر) و علت های باقیمانده ( $P < ۰/۰۵$ ) $۲/۴۲$ = ضریب خطر) نسبت به گروه مرجع (RG) و در خطر نهایی بیشتر ( $P < ۰/۱۰$ ) در اثر بیماری های مربوط به دستگاه گردش خون و بیماری های عفونی، سرطان، دیابت و علت های خارجی بودند.
- میوزیک، هاوس و ویلیامز (زیر چاپ) - مطالعه واگیرشناختی التزام دینی و مرگ و میر بزرگسالان در ایالات متحده به همراه یک مطالعه تکمیلی ۸ساله	- یک گروه نمونه کشوری ۳۶۱۷ نفره مربوط به مطالعه «زندگی رو به تغییر آمریکائیان» (American's Changing Lives). شرکت کنندگان به طور متوسط سن = $۴۷/۱$ داشتند و $۵۳/۱$ آنان زن بودند. آمریکائیان آفریقایی تبار و افراد بیش از ۶۰ سال دو برابر میزان گروه های دیگر نمونه برداری شدند.	- حضور در مراسم دینی (هرگز، کمتر از یکبار در ماه، یک تا سه بار در ماه، هر هفته، بیش از یکبار در هفته)	- سن - جنس - درآمد خانوادگی - تحصیلات - وضعیت تأهل - نژاد/ قومیت - وضعیت بهداشتی - متغیرهای رفتار بهداشتی - حمایت اجتماعی - وضعیت اشتغال - عوامل دینی دیگر - دادباوری/ باورها	- مرگ و میر	- در الگوی کامل، در مقایسه با گروه مرجع کمتر از یکبار در ماه، آن افرادی که یک تا سه بار در ماه در مراسم مذهبی شرکت می کردند خطر نسبی (۲۵٪ کمتر) $RR = ۰/۷۵$ ، آن کسانی که هر هفته حضور داشتند (۳۵٪ کمتر) $RR = ۰/۶۵$ و کسانی که بیش از یکبار در هفته شرکت می کردند (۳۹٪ کمتر) $RR = ۰/۶۱$ داشتند. این رابطه در میان افراد زیر ۶۰ سال به طور غیر منتظره ای قوی تر بود. رفتارها و باورهای دینی دیگر ارتباط معکوس بین شرکت در مراسم مذهبی و مرگ و میر را تبیین نکردند و گاهی مخفی کردند. برای مثال، دینداری خصوصی مانع تأثیر دینداری عمومی (حضور در مراسم مذهبی) بر مرگ و میر می شود. نیاز به عوامل دینی/معنوی استثنایی تر نشان داده می شود.



جدول ۱. مطالعات کنترل شده جدید در مورد روابط بهداشتی جسمی - دینی و معنوی

مطالعه / کانون توجه	ویژگی های گروه نمونه	متغیر (های) پیش بین	متغیرهای کنترل	متغیرهای پیامد	نتایج و استنباط ها
- او من و رید (۱۹۹۸) - مطالعه آینده نگر حضور در مراسم دینی و مرگ و میر با علت مطلق (به هر علت) در طی ۵ سال	- یک گروه نمونه ۱۹۳۱ نفره از ساکنان کهن سالتز ناحیه مارین کالیفرنیا. شرکت کنندگان در خط پایه (مبنا) ۵۵ ساله یا بیشتر بودند، ۹۵٪ سفیدپوستان اسپانیایی-پرتغالی، ۴۴٪ مرد	- حضور در مراسم مذهبی (هرگز، کمتر از یکبار در هفته، دست کم یکبار در هفته)	- سن - جنس - درآمد خانوادگی - تحصیلات - وضعیت تأهل - منطقه جغرافیایی - نژاد/ قومیت - وضعیت بهداشتی - متغیرهای رفتار بهداشتی - حمایت اجتماعی - بهداشت روانی - وضعیت اشتغال - سال های اقامت در ناحیه	- مرگ و میر	- در الگوی کامل شرکت کنندگان در مراسم دینی در هر هفته میزان مرگ و میر کمتری نسبت به کسانی که شرکت نکردند، (۹۳-۰/۵۵ CI= . /۹۵ و ۲۸٪ کمتر) (RH) خطر نسبی داشتند برخلاف فرضیه، حضور در مراسم مذهبی برای آن کسانی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار بودند غالباً تا حدودی حفاظت کننده تر بود. استنباط می شود که میزان مرگ و میر پایین تر در مورد کسانی که در مراسم مذهبی حضور می یابند تنها تا اندازه ای با متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت بهداشتی، عملکرد جسمی، عادات بهداشتی، عملکرد و حمایت اجتماعی و بهداشت روانی تبیین می شوند.
- استرابریج، کوهن، شما، و کاپلان (۱۹۹۷) - مطالعه واگیرشناختی التزام دینی و مرگ و میر در یک گروه نمونه منطقه ای در طی ۲۸ سال	- یک گروه نمونه ۵۲۸۶ نفره از ساکنان آلامدا، کالیفرنیا، متوسط سن ۶۵/۳ در ۱۹۹۴، ۱۲/۷ آمریکایی آفریقایی تبار، ۵۲/۸ زن. ارزیابی شده در ۱۹۶۵، ۱۹۷۴، ۱۹۸۳ و ۱۹۹۴	- حضور در مراسم دینی (شرکت کنندگان دیر به دیر، هرگز تا یک یا سه بار در ماه و شرکت کنندگان دائم، یکبار در هفته یا بیشتر)	- سن - جنس - تحصیلات - نژاد/ قومیت - متغیرهای وضعیت بهداشتی - متغیرهای رفتار بهداشتی - متغیرهای حمایت اجتماعی - متغیرهای بهداشت روانی - وابستگی دینی (مذهبی)	- مرگ و میر، روش های بهداشتی اصلاح شده، افزایش تماس های اجتماعی و ازدواج های پایدار و مردان	- شرکت کنندگان دائمی در مراسم مذهبی مرگ و میر کمتری نسبت به شرکت کنندگان دیر به دیر داشتند، R= ۰/۶۴ (%۹۵ CI: ۰/۵۳-۰/۷۷) و اثر آن در مورد زنان چشمگیر بود، نه در مورد مردان. در الگوی کامل، زنان RR= . /۹۴-۰/۶۴ CI: /۹۵ و ۲۳٪ کمتر) (RR= . /۱۵-۱/۷۸ CI: ۰/۹۵ و ۲۳٪ کمتر) (RR= . /۱۵-۱/۷۸ CI: ۰/۹۵ و ۲۳٪ کمتر) در مطالعه تکمیلی، شرکت کنندگان دائم احتمالاً دست از سیگار کشیدن برمی داشتند (RR= ۱/۹۶)، بیشتر ورزش می کردند (RR= ۱/۳۸)، تماس های اجتماعی را افزایش می دادند (RR= ۱/۵۸) و ازدواج های پایدار داشتند (RR= ۱/۵۰)

علت مطلق ارتباط دارد. این رابطه، رابطه‌ای تصادفی یا اتفاقی نیست. اما، یافتن چنین رابطه‌ای فی نفسه پرتوی نمی‌افکند بر این که کدام اشخاص بیشتر یا کمتر سود می‌برند و سازوکارهایی را هم که سود را تبیین می‌کنند، روشن نمی‌کند.

اما، انصافاً، رابطه‌ای که پیوسته در همه مطالعات انجام گرفته به دست محققان مختلف در محیط‌های گوناگون نشان داده شده است، علی‌الخصوص اگر این مطالعات با استفاده از طرحی تجربی انجام گرفته باشد، اطلاعات بسیار ارزشمندی در اختیار می‌گذارد. چنین روابطی غالباً به روش‌های بالینی مهمی منجر شده است که بهداشت را بهبود می‌بخشند و سد راه بیماری می‌شوند، بدون آن که به طور تام و تمام همه یا حتی بسیاری از سازوکارهایی را که صرفاً تبیین می‌کنند چرا یک عامل به تغییر عامل دیگری می‌انجامد، فهم کنیم. برخی از موارد و مثال‌های متعارف رابطه بین مصرف آسپیرین و کاهش درد و رابطه بین خوردن لیموترش (و سایر میوه‌های درختان مرکبات) و جلوگیری از بیماری اسکوربوت<sup>۶۳</sup> را شامل می‌شوند. هر دو مورد به نحو مؤثری در طی چندین دهه مورد استفاده واقع می‌شدند، بدون این که سازوکارهای واقعی مورد استفاده را فهم کنند. توانایی پیش‌گویی به معنای [وجود] رابطه‌ای علی نیست و برقراری رابطه‌ای علی (از طریق آزمایش) ضرورتاً به این معنا نیست که سازوکارهای علی را می‌شناسیم.

مطالعه‌ای که میوزیک<sup>۶۴</sup>، هاوز و ویلیامز (زپرچاپ) انجام دادند، تلاشی را برای تجزیه و تحلیل کردن یا تفکیک کردن ابعاد کلی و پیچیده، نظیر «التزام و مشارکت دینی»، نشان می‌دهد. شاید محققان در این مطالعه با استفاده از ترکیب‌های گوناگون عوامل «ظاهر قضیه» را برملا کردند تا به بهترین وجه رابطه بین دین و معنویت و مرگ و میر را روشن کنند. آنان دریافتند که به محض این که رفتارهای بهداشتی (مثلاً استعمال دخانیات، ورزش) وارد تحلیل شوند، التزام و مشارکت دینی (ترکیب و تلفیقی از حضور در مراسم دینی، نماز و نیایش، استماع برنامه‌های دینی تلویزیون، قرائت نوشته‌های مقدس کتاب مقدس) دیگر به طور مستقل مرگ و میر را پیش‌بینی نمی‌کند. اما هنگامی که آنان تصمیم گرفتند که التزام و مشارکت دینی را به دو مقوله -دیانت‌پیشگی خصوصی و عمومی- تفکیک کنند، دریافتند که حضور در مراسم مذهبی میزان مرگ و میر کمتری را پیش‌بینی می‌کند، اما فعالیت‌های خصوصی، نظیر تماشا کردن برنامه‌های دینی تلویزیون و خواندن متون کتاب مقدس پیش‌گویانه نبودند. در عوض، به نظر می‌رسید که این فعالیت‌های خصوصی توان و نیروی مشارکت و التزام کلی دینی را برای پیش‌بینی مرگ و میر

کمتر زایل می‌کنند. دیانت‌پیشگی خصوصی که به نحو متفاوتی بیان شده بر فواید دیانت‌پیشگی خصوصی (اساساً فوائد حضور در مراسم مذهبی) در مقام پیش‌بینی مرگ و میر «سرپوش می‌گذاشت». این که چگونه چنین امری را می‌توان تبیین کرد پرسش‌های جالبی را به پیش می‌کشد. چنین یافته‌هایی نیاز فوری به ارزیابی عوامل اختصاصی‌تر را در چارچوب مفاهیم کلی‌تر دین و معنویت که اکنون به کار برده می‌شوند، نشان دادند (Thoresen & Harris, 2000). دین و معنویت که اکنون به کار برده می‌شوند، با در نظر گرفتن نحوه ارزیابی ساخته و پرداخته‌های ذهنی (مفاهیم)، برخی از روابط دینی-معنوی و بهداشتی ممکن است عملاً بسیار قوی‌تر یا بسیار ضعیف‌تر از آن‌چه شواهد نشان می‌دهند، از کار درآیند. بررسی ویژگی‌های اختصاصی‌تر عوامل دینی-معنوی ممکن است در روشن ساختن روابط منفی یا زیانبار-موضوعی که در آثار مکتوب تجربی مورد توجه چندانی واقع نشده است (Gartner, Larson & Allen, 1991). مدد برسانند. گنجاندن عوامل روان‌شناختی دیگر در این مطالعات نیز حائز اهمیت‌اند، زیرا بررسی اثرات تعاملی احتمالی پاره‌ای عوامل شخصی با پاره‌ای عوامل دینی را (مثلاً، چگونه ویژگی‌های شخصیت خودشیفته<sup>۶۵</sup> با حضور شخص در مراسم مذهبی یا با اعتقادات یک شخص درباره خدا تعامل می‌کنند) در مقام پیش‌بینی برآیندهای بهداشتی مثبت و منفی امکان‌پذیر می‌سازد.

### فراسوی پیش‌بینی خط مبنا

نیاز روشنی به مطالعاتی وجود دارد که درباره چگونگی تأثیر عوامل روان‌شناختی و موقعیتی (بافتی) بر روابط دینی-معنوی خاص و بهداشت کندوکاو می‌کنند. با در نظر گرفتن نتایج مطالعات اخیر که در آنها شرکت در مراسم مذهبی به طور مستقل مرگ و میر (برای بررسی فراتحلیلی بنگرید به: McCullough, Hoyt, Larson, 2000; McCullough, Chapter 3, this volume; Koenig, & Thoresen, 2000) را پیش‌بینی کردند، چگونه این یافته‌ها را می‌توان تبیین کرد؟ معدودی استدلال می‌کنند که این رابطه مستقیم یا صریح است. مطالعات طولی غالباً یک رویکرد «پراکنش یکتا»<sup>۶۶</sup> را به کار می‌برند که در آن تلاش می‌کنیم عواملی را شناسایی کنیم که در این الگو به قدری با عوامل دیگر بی‌ارتباط‌اند که هرکدام مستقل از عوامل پیش‌بینی‌کننده دیگر، برآیندهای بهداشتی را پیش‌بینی خواهند کرد. یکی از مشکلات این راهکار تحلیلی این است که در عالم واقع عوامل غالباً به یکدیگر مرتبط‌اند (مثلاً حضور در مراسم مذهبی ممکن است به نحو

قابل ملاحظه‌ای و به نحوی ایجابی به حمایت‌های اجتماعی/عاطفی مشهود، عدم استعمال دخانیات، شیوه‌مدارای دینی، تغذیه‌بهداشتی و فعالیت‌های جسمی پرتحرک مرتبط باشد). مسأله اساساً این است: آن قدر پراکنش (واریانس) مستقل زیاد است که تکافوی نیاز می‌کند. بیشتر عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیندهای بهداشتی به یکدیگر مرتبط‌اند و پراکنش موجود را برای پیش‌بینی یک برآیند بهداشتی محدود می‌کنند.

در مقایسه، بسیاری از مطالعات در این زمینه ممکن است به وضعیت «آسیا به نوبت» دچار شوند. مثلاً، در نظر بگیری که در پرواز ۱۴: ۱۰ قبل از ظهر به مقصد شیکاگو صندلی‌های بسیار زیادی وجود دارد که برای آنها بلیط زیادی فروخته شده است. آن مسافرانی که زودتر به فرودگاه می‌آیند (متغیرهای پیش‌بینی‌کننده به سبب همبستگی بالای یک متغیری با متغیر برآیند ابتدا وارد تحلیل برگشت (قهقراپی) می‌شوند) مطمئناً صندلی‌هایی در قسمت درجه دو به آنان تعلق خواهد گرفت، در حالی که مسافرانی با بلیط‌هایی به همان اندازه دارای اعتبار که دقایقی قبل از زمان پرواز [هواپیما] وارد فرودگاه می‌شوند، ممکن است اجازه سوار شدن به هواپیما را نداشته باشند، زیرا صندلی‌هایی که برای آنان تعیین شده بود به مسافرانی که زودتر آمده بودند داده شده است. اما، مسافرانی که بلیط‌های قسمت درجه یک در اختیار دارند تحت تأثیر [این محدودیت] قرار نمی‌گیرند زیرا بلیط‌های آنان با بقیه تفاوت دارد (یعنی آن متغیرهای پیش‌بینی‌کننده، مرتبط نیستند). بنابراین، برخی عوامل که بر عوامل دیگر به طور مستقیم یا غیر مستقیم (یا به نحوی دوربردتر و نه مجاور) و بر برآیندهای بهداشتی به طور غیر مستقیم تأثیر می‌گذارند، در نظر گرفته نخواهند شد. چرا؟ زیرا این عوامل نتوانستند، در مقام پیش‌بینی تندرستی، توانایی خود را در کمک به پراکنش یکتا به اثبات برسانند. صندلی‌های آنان قبلاً به اشغال درآمده است. اگر ما فقط به پیش‌بینی آثار و برآیند بهداشتی علاقمندیم، این امر یک مشکل نیست، اما اگر امیدواریم که ارتباط کارکردی بین متغیرها، نظیر شرکت در مراسم دینی و میزان مرگ و میر را تبیین کنیم، مشکل آفرین است.

دابلو. آر. میلر و تورسن (۱۹۹۹) مشاهده کرده‌اند که وقتی متغیرهای پیش‌بین یا کنترل به یکدیگر مرتبط می‌شوند، اغلب اوقات برای مطالعات بیشتر مورد توجه قرار نمی‌گیرند، زیرا به لحاظ آماری در مطالعات واگیرشناختی بی‌اهمیت تلقی می‌شوند. به نظر آنان طرح‌های تجربی و مبتنی بر معیارهای تکراری می‌توانند به بسیاری از پرسش‌های مطرح شده در مطالعات

واگیر شناختی که به ارزیابی عوامل دینی-معنوی در مناسبت و موقعیتی واحد محدود می‌شوند، پاسخ دهند. تنها با استفاده از معیارهای کلی در یک موقعیت و تصور این که آن چه ارزیابی می‌شود ثابت و نامتغیر است، بسیار شبیه به ویژگی یا خصیصه‌ای ثابت (مثلاً، رنگ چشم یا جنس)، امکان ندارد پیشرفت چندانی صورت بگیرد. چترز (۲۰۰۰) در مقام بحث از آثار بسیار متعادل درباره عوامل بافتی در دین-معنویت و بهداشت، این مطلب را بیان می‌کند. عموماً، بیشتر معیارهای بافتی با این فرض به کار می‌روند که با گذشت زمان تغییر نمی‌کنند و مفاهیم کلی‌ای نظیر «متدین بودن»، آمریکایی سیاه‌پوست، یا پا به سن گذاشته به نحو معقولی همه افرادی را که به این عناوین و القاب نسبت داده می‌شوند، دربرمی‌گیرد.

### کدام اولویت دارد؟ موضوع توالی زمانی

مسئله زمان‌مندی به آخرین مطالعات ذکر شده در جدول مرتبط است. متغیرها به چه ترتیبی بر برآیند بهداشتی تأثیر می‌گذارند یا با آن ارتباط دارند؟ آیا آنها به طور متوالی عمل می‌کنند یا به طور هم‌زمان؟ غالباً توالی رویدادهاست که نهایتاً امکان دارد بر بهداشت که امری نامشخص است، تأثیر بگذارد. برای مثال، آیا ممکن است یک متغیر (مثلاً شرکت در مراسم مذهبی هفتگی) مقدمتاً قبل از متغیر دیگر (مثلاً تفکر روزانه یا خدمت داوطلبانه در جامعه) روی دهد، اما سپس همراه با سایر عوامل هم‌زمان روی دهد؟ روشن کردن ماهیت این توالی می‌تواند فهم ما را درباره علل ممکن چندگانه و نحوه عملکرد آنها در طول زمان بسیار بهبود ببخشد.

تی. میلر (۱۹۹۷) مثال سودمندی درباره شیوه‌های کاهش این خلط و التباس و هشدار در مورد اتکای به الگوهای معادله ساختاری<sup>۶۷</sup> و cross-lag panel<sup>۶۸</sup> متعارف ارائه می‌دهد. بسیاری از متغیرهای پیش‌بین و مربوط به آثار و پیامد خود متغیرند، آن‌چنان‌که خود نام متغیر تلویحاً می‌رسانند، و نه عوامل ثابت یا بسیار پایدار (باثبات). اگر تغییر و نوسانی در عامل پیش‌بین دین-معنویت، نظیر رفتار شناخت، یا تجربه دینی-معنوی خاص، در کار باشد، در این صورت، طرح‌های تحقیقاتی همبستگی که عوامل دینی-معنوی را تنها در یک موقعیت ارزیابی می‌کنند می‌توانند شواهدی نامعتبر یا گمراه‌کننده به دست بدهند. تی. میلر (۱۹۹۷) مسئله ترتیب زمانی بی‌ثبات عوامل پیش‌بین را در مطالعه‌ای در باب آن‌چه به مصرف ماری جوآنا در نوجوانان می‌انجامد، نشان داد. او دریافت که تحلیل cross-lag panel و الگوهای معادله ساختاری نتایجی را به دست

داد که نشان می‌دادند مصرف ماری جوآنای خود شرکت کنندگان قبل از مصرف ماری جوآنای دوستان بوده است. لیکن استفاده از تحلیل لگاریتم-طولی یا سلسله زمانی گسسته از توالی پیچیده تری پرده برداشت. معلوم شد که مصرف بار اول ماری جوآنا قبل از مصرف دوستان روی می‌دهد، اما به دنبال آن مصرف شرکت کنندگان و دوستان بود که براساس پیش‌بینی مصرف مداوم ماری جوآنا هم‌زمان روی داد. از آنجا که مفهوم جبرگرایی دو جانبه اکنون غالباً در فهم رفتار انسان مورد قبول است (Bandura, 1997)، مطالعاتی مورد نیاز است که بررسی کنند چگونه متغیرها با یکدیگر، غالباً به طور هم‌زمان، تعامل می‌کنند و نه صرفاً این که چگونه آنها به نحوی تک‌جهتی پیش‌بینی می‌کنند یا به هم ارتباط دارند.

همبستگی cross-lag<sup>۶۹</sup>، تحلیل مسیر<sup>۷۰</sup> و الگوهای معادله ساختاری نشان داده‌اند که در مقام تلاش برای خارج کردن روابط زمانی یا علی‌حقی از اطلاعات طولی، صرف نظر از مطالعات مقطعی (Rogosa, 1987, 1988) مضمون‌اند. راگوسا و دیگران (مثلاً، Rogosa & Willet, 1985) مزایا و کاربرد رویکرد منحنی رشد نسبت به تغییر الگوسازی در طول زمان، بویژه در درک تفاوت‌های فردی در تغییر در طول زمان را توصیف کرده‌اند. این روش‌ها می‌توانند فهم ما را از تأثیر متغیرهای خاص دین و معنویت بر بهداشت بسیار افزایش دهند.

### مطالعات آزمایشی (تجربی)

متأسفانه، مطالعات آزمایشی نسبتاً کمی درباره عوامل دینی و معنوی و بهداشت وجود دارد. ورتینگتون، کووروسو، مکالخ و سندیچ (۱۹۹۶) تقریباً ۱۵۰ مطالعه را که بر دین و معنویت، مشاوره و بهداشت روانی تأکید می‌کردند، بررسی کردند. این مطالعات تقریباً فقط ۷٪ طرح‌های آزمایشی (در مقابل طرح‌های همبستگی یا توصیفی) در برداشتند. مطالعات آزمایشی اساساً در حوزه‌های تأمل (مراقبه)<sup>۷۱</sup>، نماز و نیایش (دعای) شفاعت‌آمیز<sup>۷۲</sup>، عمدتاً نماز و نیایش‌هایی که در آن یک یا چند نفر برای بهبود فردی مبتلا به بیماری مزمن و خیمی دست به دعا و راز و نیاز برمی‌دارند، صورت گرفته است. لیکن چنین مطالعاتی، خصوصاً مطالعات در باب تأمل غالباً در چارچوبی دنیوی [سکولار] صورت گرفته‌اند و نه در چهارچوبی دینی (نیز بنگرید: Kabat-Zinn et al., 1998; W.R. Miller, 1999).

برای مثال، الکساندر، لنگر، نیومن و چندلر (۱۹۸۹) یکی از چند مطالعه امروزی را انجام

داده‌اند که مراقبه استعلایی، مراقبه هوشیارانه<sup>۷۳</sup> و آموزش تمدید اعصاب را مورد مقایسه قرار می‌داد. بعلاوه، یکی از شرایط کنترل ارزیابی به کار رفت. همه گروه‌ها برحسب تأثیر این سه کار بر میزان مرگ و میر کوتاه‌مدت و تغییر کاهش سلامتی جسمی مرتبط با سن در مورد ۷۳ نفر از ساکنین هشت آسایشگاه سالمندان (متوسط سن = ۸۱ سال) ارزیابی شدند. پس از ۳۶ ماه، گروه مراقبه استعلایی براساس معیارهای بهداشت روانی (۱۸ ماه تکمیلی،  $p < 0/01$ ) و فشارخون انقباضی (۳ ماه تکمیلی،  $p < 0/01$ ) بهبود یافته‌ترین گروه به حساب آمدند و به دنبال آن به ترتیب گروه آموزشی مراقبه هوشیارانه، گروه تمدید اعصاب و گروه کنترل ارزیابی قرار گرفتند. پس از سه سال، میزان بازماندگان گروه مراقبه استعلایی ۱۰۰ درصد بود، در مقایسه با ۸۷/۵ درصد بازماندگان گروه مراقبه هوشیارانه، ۶۵ درصد گروه تمدید اعصاب و ۶۲/۵ درصد گروه کنترل ارزیابی ( $p < 0/0025$ ). سایر مطالعات کنترل شده با استفاده از عامل دین-معنویت به عنوان مداخله یا عامل افزوده (فرعی) در درمان به مرحله اجرا درآمدند. پراپست، استرام، و اتکینز، دین و مشبرن (۱۹۹۲) دریافتند که درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تصاویر و نقوش مذهبی در مورد مراجعان متدین تا حدودی مؤثرتر از تصاویر و نقوش غیر مذهبی است، هرچند منفعت آن در مطالعات تکمیلی تداوم نیافت.

#### دعای شفاعت آمیز/شفابخشی از راه دور<sup>۷۴</sup>

در سال‌های اخیر، آثار دعا در حق دیگران، غالباً افرادی که شخصاً برای افراد دعاکننده ناشناخته‌اند و در مکانی دور دست زندگی می‌کنند، با استفاده از طرح‌های تجربی (آزمایشی) مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. (چنانکه خاطر نشان کردیم، مراقبه و دعای شفاعت آمیز، در میان عوامل دینی-معنوی در حکم موضوعات تحقیق تجربی پابرجا مانده‌اند.) نتایج این مطالعات چشمگیر و درخور ملاحظه دقیق است. در این نوشتار ما فقط می‌توانیم به ظواهر قضیه پردازیم (بنگرید به Trag, 1997, Dossey).

بیرد (۱۹۹۸) و سیچر، تارگ، مور و اسمیت (۱۹۹۸) از مطالعات بی‌خبری دوسره<sup>۷۵</sup> در باب تأثیر دعای شفاعت آمیز بر مرگ و میر و سایر برآیندهای بهداشتی گزارش داده‌اند. برای مثال، در میان بیماران که از آنفارکتوس ماهیچه قلب بهبودی یافته بودند، بیرد دریافت که بیماران در حال دعا و نیایش، براساس تعدادی از مقولات مرتبط با برآیندهای بهداشتی، نسبت

به بیماران در گروه کنترل بیشتر رو به بهبودی بودند، مقولاتی نظیر مصرف کمتر آنتی بیوتیک به میزان ۷ درصد که در [معالجه] زخم‌های چرکین و عفونی لازم بود ( $p < 0/005$ ) و نیاز کمتر به فرو کردن لوله در حنجره (برای بازنگه داشتن آن) به میزان ۶ درصد ( $p < 0/02$ ). بعلاوه، آنان به آب‌آوردگی (ورم) کمتر شش‌ها<sup>۷۶</sup> ( $p < 0/03$ ) به میزان ۶ درصد ( $p < 0/03$ ) و نارسایی قلبی در اثر احتقان (پرخونی) <sup>۷۷</sup> کمتر به میزان ۶ درصد ( $p < 0/03$ ) و ایست قلبی-تنفسی <sup>۷۸</sup> کمتر به میزان ۵ درصد ( $p < 0/02$ ) دچار بودند، هرچند این تفاوت‌ها هنگامی که در سطح گستره آزمایشی  $p < 0/05$  تعدیل می‌شدند، کمتر اهمیت داشتند.

در بازسازی به خوبی اجرا شده مطالعه بیرد که در *Archives of Internal Medicine* انتشار یافت دابلیو. اس. هریس و دیگران (۱۹۹۹) پی بردند که یک گروه متعلق به بخش مراقبت‌های ویژه بیماران قلبی (CCU)<sup>۷۹</sup> به طور کلی نتایج دوره [درمانی] مراقبت‌های ویژه (CCU) (شاخص چندین روش عمده درون بیمارستانی و برآیندها، که دامنه آن از نیاز به درمان‌های مختلف تا جراحی بای‌پس<sup>۸۰</sup>، آنفارکتوس‌های تکراری و مرگ کشیده می‌شد) بهتری داشتند. لیکن، در مدت اقامت بیماران در بیمارستان و تعداد آنها به نحو قابل توجهی تفاوتی نداشت. مهم این که، محققان در این مطالعه اثرات واکنشی انتظار (Kirsch & Lynn, 1999) را، که غالباً بسیار نیرومندند، با کسب اجازه از هیأت بازنگری سازمانی شان برای مطلع نکردن کسی نسبت به مداخله دعا، از جمله بیماران، کنترل کردند. بنابراین خود پزشکان، پرستاران و بیماران در مورد این مطالعه بی‌اطلاع می‌ماندند.

نتایجی نظیر اینها درخور توجهی جدی است. هرچند این نتایج بر نحوه تأثیرگذاری دعا و نیایش‌های شفاعت‌آمیز پرتوی نمی‌افکنند، با این همه، به روشنی شواهدی فراهم می‌آورند بر این که اثرات دعا و نیایش را می‌توان با استفاده از روش‌های تجربی مورد مطالعه قرار داد و این شواهد می‌توانند شامل برآیندهای بهداشتی به نحو عینی سنجش‌پذیر و به لحاظ درمانی حائز اهمیت باشند. لیکن، همه مطالعات مربوط به دعا و نیایش‌های شفاعت‌آمیز، زمانی که طرح‌های آزمایشی مورد استفاده قرار گرفته‌اند و شرکت‌کنندگان به طور اتفاقی در شرایط قرار می‌گرفتند، تأثیرات مهمی را نشان نداده‌اند. در این مرحله، بازسازی چنین اثراتی به دست سایر محققانی که اسلوب‌های بسیار مشابهی را به کار می‌برند، مورد نیاز است. برای مرور مداخلات بهداشتی دین محور دیگر، خواننده را به ای هریس، تورسن، مکالک و لارسن (۱۹۹۹) ارجاع می‌دهیم.



### عوامل دینی - معنوی و بهداشت روانی

همان گونه که پلانته و شرمن در فصل دهم این کتاب بحث کردند، گونه‌های خاصی از مداخله معنوی و دینی علی‌الظاهر با برآیندهای بهداشت روانی مطلوب و نامطلوب متعدّد و گوناگونی ارتباط دارد (مثلاً، Bergin, 1983; Exline, Yali, & Sanderson, 1998; Gartner, Larson, & Allen, 1991; Levin, Markides, & Ray, 1996; McCullough, Larson, & Worthington, 1998; Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998; Worthington et al., 1996). پاره‌ای شاخص‌ها یا اشکالی از التزام دینی - معنوی دیگر، نظیر حضور مکرر زیادتر در کلیسا به بهزیستی و رضایت درونی بیشتر از زندگی و زندگی زناشویی و کاهش علائم افسردگی، خودکشی، بزهکاری و مصرف زیاد مواد مخدر (McCullough et al., 1998) مرتبط بوده‌اند. پژوهشگران دیگر عوامل دینی - معنوی خاصی، نظیر وجود تنش دینی (زیر چاپ Exline et al.)، مشکل بخشودن خداوند (Exline, Yali, & Lobel, 1999) و شیوه‌های «منفی» کنار آمدن دینی (Pargament et al., 1998; See Sherman & Simonton, Chapter 7, this volume) را مرتبط با برآیندهای بهداشت روانی نامطلوب، نظیر فشار روانی بیشتر، افسردگی و [گرایش به] خودکشی دانسته‌اند.

ورتینگتن و دیگران (۱۹۹۶) خاطر نشان کردند که ارتباط مشهود بین متغیرهای دینی و معنوی و برآیندهای بهداشتی عمدتاً به این بستگی دارند که کدام ویژگی‌های این مفاهیم چندبعدی اندازه‌گیری می‌شوند و در تعاریف کارکردی اساسی تلقی می‌شوند. سازگار با این نگرش، گارتنر و دیگران (۱۹۹۱) مشاهده کردند که بیشتر مطالعاتی که تعهد و التزام دینی را به آسیب شناسی روانی<sup>۸۱</sup> مرتبط می‌سازند آزمون‌های شخصیت نوشتاری به کار می‌برند، در حالی که تحقیقاتی که دین را به بهداشت روانی مثبت مرتبط می‌سازند، بر رویدادهای رفتاری ای انگشت تأکید می‌گذارند که می‌توان آنها را به طور قابل اعتمادی مشاهده کرد و مورد سنجش قرار داد. از میان ۳۰ مطالعه‌ای که ورتینگتون و دیگران (۱۹۹۶) مرور کردند، برخی مطالعات التزام دینی و معنوی را مرتبط با متغیرهای بهداشت روانی مطلوب (مثلاً، Ellison, 1991) دانستند، التزام دینی و معنوی را بی‌ارتباط با بهداشت نامناسب (مثلاً، Masters, Bergin, Reynolds, & Sullivan, 1991) دانستند و دو مطالعه اشکال خاصی از التزام یا تجربه دینی را به نحو ایجابی

مرتبط با بهداشت روانی نامطلوب، مثلاً شرم و حیا (P. Richards, Smith, & Davis, 1991) یا به نحو سلبی با متغیرهای مطلوبی نظیر بهزیستی (Galanter, 1986) مرتبط دانستند. در بررسی ۱۳۹ مطالعه تحقیقاتی که در مجله روانپزشکی آمریکا و آرشیوهای روانپزشکی عمومی از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۹ انتشار یافت، لارسون و دیگران (۱۹۹۲) به طور کلی رابطه مثبتی را بین التزام دینی و بهداشت روانی یافتند. لیکن، امکان دارد که مطالعاتی که موفق نشدند هیچ گونه رابطه‌ای بیابند یا اثراتی منفی یافتند چه بسا برای چاپ عرضه نشده باشند یا چاپ نشده باشند.

وضع کنونی تحقیقات تجربی در زمینه بهداشت روانی بسیار تأمل برانگیز و در عین حال هم‌چنان اندک است. همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، مطالعاتی که از سنجش‌های متغیرهای دین و معنویت واحدی استفاده می‌کنند، نظیر حضور در کلیسا، نتایج همبستگی‌ای را فراهم آورده‌اند که برای تضمین مطالعات بیشتر بسیار نویدبخش‌اند. لیکن، تفسیرهای خاص یا شناخت سازوکارهای زیربنایی احتمالی، همان‌گونه که خاطر نشان شد، با چنین معیارها یا طرح‌های تحقیقاتی گردآوری نخواهد شد. هرچند بسیاری از مطالعات در باب عوامل دینی-معنوی و بهداشت روانی به نمونه‌گیری، اندازه‌گیری و محدودیت‌های تحلیلی گرفتار بوده‌اند، برخی از مطالعات جدید با به‌کارگیری راهکارهای نمونه‌گیری بهتر، کنترل هم‌متغیرهای مربوط و استفاده از طرح‌های آینده‌نگری چندوجه<sup>۸۲</sup> به جای طرح‌های مقطعی (مثلاً، Levin et al., 1996) به این موضوعات پرداخته‌اند. برخی مطالعات به تدریج با جدیت بیشتری به نقشی که عوامل بافتی (محیطی) خاص ایفا می‌کنند، نظیر میزان تعلق و وابستگی اهالی جامعه به یک دین واحد یا شمار معدودی از ادیان (یعنی هم‌سنخی و تلائم باورهای دینی در یک جامعه، بنگرید به: Ellison, Burr, & McCall, 1997) نظر انداخته‌اند.

این مطالعات، در عین کنترل هم‌متغیرهای مربوط، ارتباط به‌طور کلی مطلوبی را بین التزام دینی و بهزیستی جمعیت‌های خاص کشف کرده‌اند. برای ایضاح بیشتر این‌که چه نوع التزام دینی‌ای با چه متغیرهای بهداشت روانی ارتباط دارد و تحت چه شرایطی و برای چه کسانی، مطالعات بیشتری از این دست مورد نیاز است. جدول ۲ برای آشنا ساختن خواننده با این موارد و گزینش مختصر مطالعات دیگری که رابطه التزام دینی-بهداشت روانی را بررسی می‌کنند در نظر گرفته شده است.

عوامل دینی-معنوی علاوه بر این‌که مستقیماً با بهداشت و بیماری روانی در برخی مطالعات

ارتباط دارند، چه بسا در فرآیند معالجه یا ارتباط درمان‌گرا نه (بنگرید به: Chirban, Chapter ii; Tan & Dong, Chapter 12; and Shafranske, Chapter 13, this volume) حائز اهمیت باشند. تفاوت‌های اساسی‌ای در ارزش‌های دینی بین مراجعان (بیماران) و فراهم‌کنندگان درمان یافت شده است؛ این تفاوت‌ها ممکن است در درمان، خصوصاً در مورد مراجعان بسیار متدین مؤثر باشند (Worthington et al., 1996). امروزه شواهد اندکی در دست است مبنی بر این‌که مداخلات سکولار (دنیوی) به لحاظ دینی یا معنوی جرح و تعدیل شده، نظیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT)<sup>۸۳</sup> تحت شرایط خاصی چه بسا مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری مرسوم در مورد برخی از مراجعان متدین باشد (مثلاً، Propst et al., 1992).

مکتوبات نسبتاً گسترده در باب عامل دینی-معنوی و بهداشت روانی، که از نظر طرح اولاً و بالذات مقطعی است، ما را سوق می‌دهد به این‌که گمان کنیم التزام دینی-معنوی چه بسا به نحو ایجابی، سلبی یا به نحوی قابل اغماض در وضعیت بهداشت روانی، بسته به میزان و شکل التزام دینی-معنوی و تعداد زیادی از عوامل بافتی، مؤثر است. همان‌گونه که ذکر آن رفت، موج جاری توجه و اهتمام نظری و تجربی که معطوف به اثبات اثرات سودمند التزام دینی-معنوی است چه بسا واکنش قابل فهم دانشمندان عموماً و روان‌شناسان خصوصاً نسبت به آسیب‌شناسی التزام دینی و تجربه معنوی بوده است (مثلاً، Ellis, 1971; Freud, 1961). نگرش و دستور کار تحقیقاتی معتدل‌تر رویکرد همه‌جانبه‌تر و خالی از تعصب نسبت به لوازم بهداشتی صور مختلف التزام دینی-معنوی و نقش‌های تعدیل‌کننده یا واسطی را که عوامل شخصی و بافتی گوناگون ممکن است ایفا کنند، امکان‌پذیر خواهد ساخت. علی‌الخصوص، شواهد حاکی از ارتباط‌های بی‌اثر یا زیان‌بخش را باید پیگیری کرد، اگر قرار است به منظری متعادل و، در نظر برخی، باورکردنی در باب این موضوع دست یابیم.

**وضع شواهد علمی: گروه پزشکی اداره تحقیقات رفتاری و علوم اجتماعی در مؤسسات ملی بهداشت**  
در ۱۹۹۹ اداره تحقیقات رفتاری و علوم اجتماعی در مؤسسات ملی بهداشت (OBSSR/NIH) گروه متخصصی متشکل از دانشمندان علوم اجتماعی و رفتاری تحت رهبری نورمن اندرسون و ویلیام آر. میلر به وجود آوردند تا درباره وضع تحقیقات علمی در خصوص عوامل دینی-معنوی و

بهداشت گزارش دهند. یکی از ما (تورسن) در آن گروه در مقام آماده ساختن دو فصل در باب بهداشت جسمی و درباره مفاهیم و روش های اساسی به خدمت مشغول بوده است. در این نوشته ما تنها به اختصار برخی از موضوعات و مسائل مورد علاقه جاری را بررسی می کنیم و نگاهی گذرا به برخی از یافته های اولیه تحقیقات این گروه می اندازیم. (گزارش کامل این گروه، که مشتمل بر چندین مقاله است در ویژه نامه *American Psychologist*، نشریه انتقادی عمده انجمن روان شناسی آمریکا، به چاپ خواهد رسید.)

این گروه به چندین گروه تحقیق موسوم به «مفاهیم و روش ها»، «بهداشت جسمی»، «سنجش»، «عوامل واسط روان شناختی احتمالی»، «رهگذرهای عصبی بیولوژیکی» و «عوامل بافتی» تقسیم می شوند. هر گروه کیفیت شواهد علمی ای را که عوامل دینی-معنوی را با فرآیندها یا آثار و برآیندهای گوناگون مرتبط با بهداشت مرتبط می سازند، بررسی می کنند. برای ارزیابی کیفیت مطالعات، نظامی برای تعیین ارزش مطالعات از درجه A ممتاز تا درجه C برای مطالعاتی که مشکلات روش شناختی جدی دارند، به کار می رود. علاوه بر این، این گروه قوت شواهد را (که از «متقاعدکننده» تا «ناکافی» یا «بدون شاهد» درجه بندی شده) در ابعاد مختلف دینی-معنوی (مثلاً دین داری عمومی، عمق دین داری، یا دین داری خصوصی) در خصوص برآیندهای بهداشتی خاص (مثلاً، مرگ و میر دارای علت مطلق، بیماری های قلبی-عروقی، ناتوانی جسمی) ارزیابی می کنند. هر مطالعه ای براساس کفایت شیوه مفهومی شدن و مورد ارزیابی واقع شدن عوامل دینی-معنوی و کیفیت طراحی تحقیق (مثلاً این که چند یا چه نوع متغیر کنترل یا هم متغیر [در تحقیق] گنجیده شده، استفاده طرح های مقطعی یا آینده نگر، تناسب روش های آماری) مورد داوری قرار می گیرد.

از میان بسیاری از موضوعات مورد بحث، دغدغه اصلی همانا محدودیت بسیاری از مطالعات از لحاظ طرح های تحقیقاتی و انواع معیارهای به کار رفته است. برخی از این موضوعات قبلاً در این فصل و در چندین فصل دیگر (مثلاً، Larson et al., 1998; Thoresen, 1999; McCullough, Chapter 3; Sherman & Simonton, Chapter 7; and Sloan, Bagiella, & Powell, Chapter 14, this volume) بیان شده اند. برای مثال، هر چند مطالعات مقطعی می توانند اطلاعات مفیدی را در برخی زمینه ها، خصوصاً در مراحل

جدول ۲. مطالعات برگزیده‌ای که ارتباط عامل دینی و معنوی - بهداشت روانی را بررسی می‌کنند

مطالعه / کانون توجه	ویژگی های گروه نمونه	متغیر (های) پیش بین	متغیرهای کنترل	متغیرهای پیامد	نتایج و استنباط‌ها
- الیسون و گی (۱۹۹۰) - مطالعه مقطعی بررسی کننده التزام دینی و رضایت از زندگی در آمریکائیان سیاه پوست	- یک گروه نمونه ۱۲۱۰۷ نفره از بزرگسالان سیاه پوست که نماینده سیاه‌پوستان کل کشور بودند و برای سنجش ملی آمریکاییان سیاه‌پوست مورد مصاحبه قرار گرفتند.	۱. وابستگی دینی (مذاق و مشرب فرقه‌ای) ۲. حضور در مراسم دینی (مقیاس ۱-۴) ۳. تدین خود توصیف شده (مقیاس ۱-۴) ۴. فراوانی نماز و نیایش فردی (مقیاس ۱-۴)	- سن - جنس - درآمد خانوادگی - وضعیت تأهل - منطقه جغرافیایی - سکونت شهری / روستایی - فشار روانی فردی - معیارهای دوستی و نزدیکی خانوادگی	- «به طور کلی، این روزها از زندگی خود چقدر راضی هستید؟ آیا در پاسخ می‌گویید: خیلی راضی هستم، تا حدودی راضی هستم، تا حدودی ناراضی‌ام، یا خیلی ناراضی هستم؟»	- در الگوی کامل، حضور در مراسم مذهبی و نه دیانت‌پیشگی شخصی یا کثرت نماز و نیایش فردی، به نحو قاطعی با ارزیابی مشهود کیفیت کلی زندگی ( $P < .05$ / $r = .65$ ) <sup>a</sup> ارتباط داشت. این ارتباط در میان سیاه‌پوستان غیرجنوبی، که برای آنها تفاوت‌های در زمینه تبعیض فرقه‌ای، سن و دینداری خصوصی به تفاوت‌های در رضایت از زندگی مربوط می‌شود، قوی‌تر بود.
- ایدلر (۱۹۸۷) - یک مطالعه مقطعی بررسی کننده الگوهای التزام دینی، وضعیت بهداشتی، ناتوانی کارکردی و افسردگی	یک گروه نمونه متشکل از ۲۷۵۶ نفر از بزرگسالان ساخوردده (۱۳۹۱ مرد، ۱۶۱۷ زن) از پروژه بهداشت و پیری (پا به سن‌گذاری) ییل*	۱. یک شاخص دو فقره‌ای درباره دینداری عمومی (حضور در مراسم دینی و تعداد اعضاء جماعت عبادت‌کنندگان شناخته شده برای پاسخ‌دهنده) ۲. یک شاخص دو فقره‌ای درباره دینداری خصوصی (دیانت‌پیشگی خودسنجیده و «دین تا چه حد برای شما منبع قوت قلب و آرامش است؟»)	- سن - درآمد خانوادگی - تحصیلات - وضعیت تأهل - نژاد/قومیت - متغیرهای وضعیت بهداشتی - متغیرهای رفتار بهداشتی - متغیرهای حمایت اجتماعی - وضع مسکن - خوش‌بینی - تقدیر باوری	- ناتوانی کارکردی (فعالیت‌های زندگی روزمره) - افسردگی، ناراحتی روانی (مرکز مطالعات واگیر شناختی میزان افسردگی CES-D)	- در الگوی کامل، رابطه معکوس دینداری عمومی با افسردگی در مورد زنان ( $P < .01$ )، $r = .079$ با ناتوانی کارکردی در مورد مردان ( $P < .05$ / $r = .075$ ) و در مورد زنان ( $P < .001$ / $r = .169$ ) یافت شد. در مورد مردان، افزایش التزام دینی خصوصی رابطه وضعیت بهداشتی را با ناتوانی و رابطه ناتوانی با افسردگی را تضعیف کرد.

<sup>a</sup> ضریب رگرسیون استاندارد شده در الگوی کامل (standardized regression coefficient in the full model)

\* Yale Health and Aging Project

جدول ۲. مطالعات برگزیده‌ای که ارتباط عامل دینی و معنوی - بهداشت روانی را بررسی می‌کنند

مطالعه / کانون توجه	ویژگی های گروه نمونه	متغیر (های) پیش بین	متغیرهای کنترل	متغیرهای پیامد	نتایج و استنباط ها
- کونینگ، جورج و پیترسون (۱۹۹۸) - مطالعه آینده‌نگر دیانت‌پیشگی و کاهش افسردگی در بیماران مسن‌تر تحت درمان. بیماران در قالب چهار مصاحبه تکمیلی با فاصله ۱۲ هفته از هم ارزیابی شدند.	۹۴ بیمار دارای اختلال افسردگی (افسردگی عمده یا افسردگی) تشخیص داده شدند که روانپزشکی با استفاده از مصاحبه منظم <sup>۱</sup> انجام داد، مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون <sup>۲</sup> ( $HDRS; > 11$ ) و مقیاس درجه‌بندی افسردگی مطالعات و آگیر شناختی <sup>۳</sup> ( $> 16$ )	۱. مقیاس دیانت‌پیشگی ذاتی ۱۰ فقره‌ای ۲. چند وقت یکبار اوقات خود را در فعالیت‌های دینی ای نظیر نماز، تأمل (مراقبه) یا مطالعه کتاب مقدس صرف می‌کنید؟ (مقیاس ۱-۶) ۳. «چند وقت به چند وقت در کلیسا یا همایش‌های مذهبی حضور پیدا می‌کنید؟» (مقیاس ۱-۶).	- چهار متغیر از ۱۷ متغیر به عنوان هم‌متغیرهای مهم تشخیص داده شدند: کیفیت زندگی، تغییر و تحول در وضعیت کارکردی در طی مطالعه تکمیلی، تاریخچه روانپزشکی خانواده، پذیرش وضعیت (طب عمومی در برابر طب دیگر)	- تعداد هفته‌های کاهش/تخفیف افسردگی، «که به این صورت تعریف شده است: در ظرف دو هفته یا بیشتر کمتر از سه فقره از نه فقره نشانگان سنتی مذکور در ملاک راهنمای تشخیص و آماری بیماری‌های روانی (ویراسته سوم) را داشتن»	- دیانت‌پیشگی ذاتی بالاتر مستقلاً با زمان کمتری برای تخفیف و تقلیل افسردگی ارتباط داشت، اما حضور در کلیسا و فعالیت‌های دینی خصوصی زیربط نبودند. در مدل دارای چهار هم‌متغیر ضریب خطر دیانت‌پیشگی ذاتی = $1/70$ - $2/75$ - $1/05$ CI: $95$ درصد، $1/70$
- پراپست و دیگران (۱۹۹۲) - مطالعه دخالت کنترل شده که کارآیی نسبی درمان شناختی-رفتاری دینی و غیر دینی (CBT) را که به دست درمانگران متدین و غیر متدین در مورد افسردگی بالینی در افراد متدین انجام گرفت، بررسی می‌کند. پیش‌ارزیابی‌ها و پس‌ارزیابی‌ها و دو ارزیابی تکمیلی مورد استفاده قرار گرفت.	پنجاه و نه بیمار متدین دچار افسردگی (۱۰ مرد، ۴۹ زن) با متوسط سن ۴۰ سال	- بیماران به یکی از سه شرایط درمان یا شرایط کنترل لیست انتظار (WLC) نسبت داده شدند. - شرایط درمان ۱۸ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری تعدیل شده CBT (RCT)، درمان شناختی-رفتاری سنتی (NRCT) CBT، یا مشاوره کشیشی (مذهبی) (PCT) بودند. RCT دلایلی منطقی برای روش‌ها ارائه کرد، از استدلال‌های دینی برای مقابله با اندیشه‌های غیر عقلانی استفاده کرد و روش‌های صورت و تمثال‌های مذهبی را به کار برد.	- دیانت‌پیشگی بیمار و درمانگر - ارزیابی بیمار و درمانگر از درمان	- فهرست افسردگی بک شاخص شدت (بیماری) جهانی، مقیاس انطباق اجتماعی، فهرست بازبینی نشانگان-تجدیدنظر شده	بیماران مورد درمان شناختی-مذهبی (RCT) و نه درمان شناختی غیر مذهبی (NRCT) افسردگی پس از درمان کمتری و نمرات انطباق بهتری نسبت به بیماران شرایط کنترل لیست انتظار (WLC) از خود نشان دادند. هیچ تفاوتی در میزان بهبودی بین سه شرایط درمان در مطالعه سه ماهه و ۲ ساله تکمیلی دیده نشد. در مطالعات سه ماهه، به سبب اثر تعامل درمان، اعتقادی درمان شناسانه موافق با اعتقاد درمانگران غیر متدین به شرایط درمان شناختی-دینی وجود داشت که بهتر از [اعتقاد] هم‌تاهای درمانگر متدین شان بود.

1. structured interview

2. Hamilton Depression Rating

3. Epidemiological Studies

Depression Rating Scale

اولیه فراهم سازند، مطالعات آینده‌نگر یا طولی برای فهم این که چه تغییراتی در طول زمان روی می‌دهند، اساسی هستند. تصاویر کلی مقطعی به هیچ روی جایگزینی برای فیلم‌های با «زمان واقعی» نیستند. با این همه، گاهی طرح‌های آینده‌نگر نیز از حیث تصاویری که عرضه می‌کنند، آن‌چنانکه باید و شاید، «واقعی» نیستند. مثلاً، غالباً عوامل دینی-معنوی و سایر عوامل اجتماعی و روان‌شناختی تنها در یک موقعیت ارزیابی می‌شوند، چنان‌که گویی همه ویژگی‌های ثابتی هستند که هرگز تغییر نمی‌پذیرند. وابستگی مذهبی فرد، نظیر مسیحی یا یهودی بودن، ممکن است ثابت و لایتغیر باقی بماند، لیکن بسیاری از عوامل خاص مرتبط با معنویت و دین‌داری نظیر باورها و اعمال و رفتارها ممکن است با اوضاع و احوال (شرایط) و بافت‌ها در طول زمان تغییر کنند.

یکی از موضوعات مرتبط که این گروه ذکر کرده است، اساساً فقدان تحقیقات تجربی در این حوزه، به استثنای موارد اندکی (یعنی نماز و نیایش شفاعت‌آمیز و مراقبه)، است. درک این که چگونه عوامل دینی-معنوی ممکن است در طول زمان به تغییراتی در وضع بهداشتی بینجامد مستلزم آن نوع مطالعات تحقیقاتی خواهد بود که تا به امروز انجام گرفته است، علی‌الخصوص براساس اجرای تحقیقات آزمایشی (تجربی)‌ای که کندوکاو می‌کنند چه عواملی عوامل دینی-معنوی و عوامل مربوط به بهداشت را تغییر می‌دهند یا تحت تأثیر قرار می‌دهند (واسطه هستند و تعدیل می‌کنند).

این گروه احتمالاً به چه نتایجی خواهد رسید؟ هرچند که پاسخ در آینده معلوم خواهد شد، ما می‌توانیم پیشاپیش نظری گذرا به این مطلب بیندازیم. شواهد موجود احتمالاً مؤید این دیدگاه است که ارتباط بین عوامل دینی-معنوی و بهداشت ارتباطی، کم‌اهمیت و پیش‌پاافتاده نیست و یک امر تصادفی ساختگی هم نیست. رابطه‌ای واقعاً وجود دارد که به سهولت با چندین عامل مشهور دیگر مرتبط با بهداشت، نظیر رفتارهای بهداشتی (مثلاً استعمال دخانیات)، حمایت اجتماعی مشهود و شبکه‌های اجتماعی یا عوامل جمعیت‌شناختی گوناگون تبیین نمی‌شود. علاوه بر این، حوزه‌های عوامل بافتی و روان‌شناختی، در کنار تحقیقات عصبی بیولوژیکی و استفاده از طرح‌های آزمایشی، حوزه‌هایی دارای کمترین توسعه و با این همه در بسیاری جهات نویدبخش‌ترین حوزه‌ها در ایضاح و پیشبرد درک تلقی خواهند شد. از این گذشته، انبوهی از سؤالات در کنار مقدار قابل توجهی خلط و التباس (سردرگمی) و مشاجره درباره‌ی این که این رابطه مهم عوامل دینی-معنوی و بهداشت دقیقاً چیست و لوازم آنها، اگر اصلاً لوازمی در کار باشد، برای آموزش و شیوه مراقبت بهداشتی کدامند، پدید می‌آیند. وانگهی، این واقعیت که برخی از عوامل دینی-معنوی ممکن است فی‌الواقع برای

بهداشت پر مخاطره باشد به عنوان حوزه‌ای پژوهشی بروز خواهد کرد که درخور توجهی بسیار بیشتر از آن چیزی است که تا به حال بدان معطوف بوده است.

### موضوعات و توصیه‌های تحقیقی

چندین موضوع مفهومی، روش‌شناختی و تحلیلی با پیشرفت در زمینه تحقیقات عامل دینی-معنوی مرتبط است. در اینجا بحث خود را بر مبنای آن‌چه در این فصل و در جاهای دیگر ارائه شده است، استوار می‌سازیم و به‌اختصار درباره‌ی برخی از موضوعات مهم و «اقدامات بعدی» در مقام ایضاح روابط عامل دینی-معنوی و بهداشت، از جمله سازوکارهایی که زیربنای این روابط را تشکیل می‌دهند، به بحث و گفت‌وگو می‌پردازیم.

### ارزش چارچوب رفتار/باور/انگیزش/تجربه

چرا حضور هفتگی در مراسم مذهبی میزان مرگ و میر کلی کمتری را در مطالعات به‌خوبی کنترل شده نشان می‌دهد (McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000)؟ برای مثال، چگونه ما تبیین می‌کنیم که به چه نحو خدمت به دیگران («خدمت مخلصانه» یا کار داوطلبانه جامعه)، حتی در صورتی که عوامل خطر متعارف، از جمله حمایت اجتماعی، کنترل شوند، (Oman, Thoresen, & McMahon, 1999) مرگ و میر کمتری را پیش‌بینی می‌کند؟ پاسخ‌های به این پرسش‌های مبتنی بر داده‌های تجربی مستلزم اطلاعات جزئی‌تری درباره‌ی این است که افراد درگیر در این مطالعات چه انجام می‌دهند، می‌اندیشند و احساس می‌کنند.

در اینجا سه مثال می‌آوریم که تلاش‌های اخیر را برای عدول از مفاهیم عمده در سطح کلان (مثلاً، وابستگی مذهبی یا فرقه مذهبی) به سوی آن نوع محدودیت مورد نیاز برای پرده برداشتن از این روابط را به تصویر می‌کشند. مطالعه‌ی نخست جوایای این است که آیا پاره‌ای از انواع مدارای دینی به روابط قویتر مثبت با برآیندهای بهداشت روانی می‌انجامد یا نه. پارگامنت و دیگران (۱۹۹۹) دریافتند که در میان اعضای خانواده‌هایی که منتظرند یکی از بستگانشان مورد عمل جراحی عمده‌ای قرار گیرد، آن افرادی که از شیوه «تشریک مساعی با خدا»<sup>۸۴</sup> در مقایسه با شیوه خودگردان یا عجز و لایه کردن در پیشگاه خدا در مدارای دینی استفاده می‌کردند، برآیندهای مدارای بهتری و برآیندهای دینی بهتری داشتند. آنان هم‌چنین پی بردند که این شیوه کنار آمدن براساس تشریک مساعی، به صورت عامل واسطه اثر افسردگی و اضطراب بر برآیندهای روان‌شناختی دینی عمل می‌کند، در حالی که سایر انواع کنار آمدن دینی و غیر



دینی (مثلاً، برنامه‌ریزی، حمایت اجتماعی ابزاری) از انجام دادن چنین کاری ناتوانند. در مطالعه دیگری، تیکس و فریزیر (۱۹۹۸) به کنار آمدن دینی و نیز سایر عوامل روان‌شناختی-اجتماعی، به عنوان متغیرهای واسطه احتمالی در سازگاری بیماران با عمل پیوند کلیه و در این‌که به چه نحو مطلوبی بیماران با عمل جراحی کنار آمدند، می‌نگرند. کنار آمدن دینی عامل پیش‌بین ارزشمندی در رضایت کلی از زندگی در ماه‌های سوم تا دوازدهم بعد از عمل جراحی، علی‌الخصوص در مورد بیماران پروتستان، در مقابل بیماران کاتولیک، بود. کنار آمدن دینی حتی پس از ملاحظه بازسازی شناختی، محل کنترل و عوامل جمعیت‌شناختی، همچنان عامل پیش‌بین مهم رضایت باقی ماند.

مطالعه سوم (Keefe et al.) عوامل دینی-معنوی را در میان بیماران مبتلا به آرتروز<sup>۸۵</sup> (التهاب مفاصل) بررسی کردند و در نحوه ارتباط عوامل دینی-معنوی با عواطف مثبت و منفی (خلقیات) روزمره و درد مبتلا به کندوکاو کردند. آنان طرح تحقیقاتی منحصر به فردی را به کار بردند که در آن هر شرکت‌کننده ارزشیابی‌های روزانه از عوامل دینی-معنوی، حالات خلقی و عاطفی، حمایت اجتماعی و عاطفی، خود اثربخشی درد (مدارا با درد) و میزان درد در طی بیش از سی روز متوالی را تکمیل کرد. عوامل دینی-معنوی به نحو چشمگیری مو به مو بر حسب تجارب (احوال) معنوی روزانه (مثلاً، «احساس آرامش و سازگاری عمیق باطنی»، «میل تقرب به خدا یا اتحاد و اتصال با او»، «مدارای دینی و معنوی (مثلاً، «از خدا طلب قوت، حمایت و هدایت کردن»؛ «اندیشیدن درباره این‌که چگونه زندگی من جزئی از یک نیروی معنوی عظیم تراست»)، اثربخشی دینی و معنوی (مثلاً، «به چه میزان مدارای دینی یا معنوی به من امکان می‌دهد که امروز دردم را تحمل کنم») و درک روزانه اهمیت و برجستگی دین در ارتباط با درد و رنج مورد بررسی قرار گرفتند. هرچند مراتب بالاتری از اثربخشی دینی و معنوی کاهش بیشتر درد را نشان دادند، ترکیب تجارب معنوی روزانه با درک حمایت اجتماعی افزایش عظیم‌تری را در خلقیات مثبت و بیشترین کاهش‌ها را در خلقیات منفی نشان داد. جالب آن‌که، این مطالعه اثبات کرد که عوامل دینی-معنوی به روشنی به خلقیات روزانه (مثبت و منفی) و به عوامل اثربخشی دینی یا معنوی ارتباط دارند. این عوامل، هنگامی که مستقل از یکدیگر نگریسته شوند، ممکن است در احوال و تجارب بالفعل افراد به نحو ناخوشایندی جلوه‌گر شوند. با استفاده از طرح تحقیقی‌ای که نه تنها تفاوت‌های بین فردی، بلکه بی‌ثباتی (تغییرپذیری) درون فردی (در این مورد تغییر روز به روز در طی سی روز) را بر ملا می‌سازد، تصویر کامل‌تر و آموزنده‌تری را به وجود می‌آورد. جالب این‌که، درد، در آن روزهایی که اثربخشی مدارای دینی و احوال و تجارب معنوی روزانه بیشتر بودند، هرچند احوال و تجارب

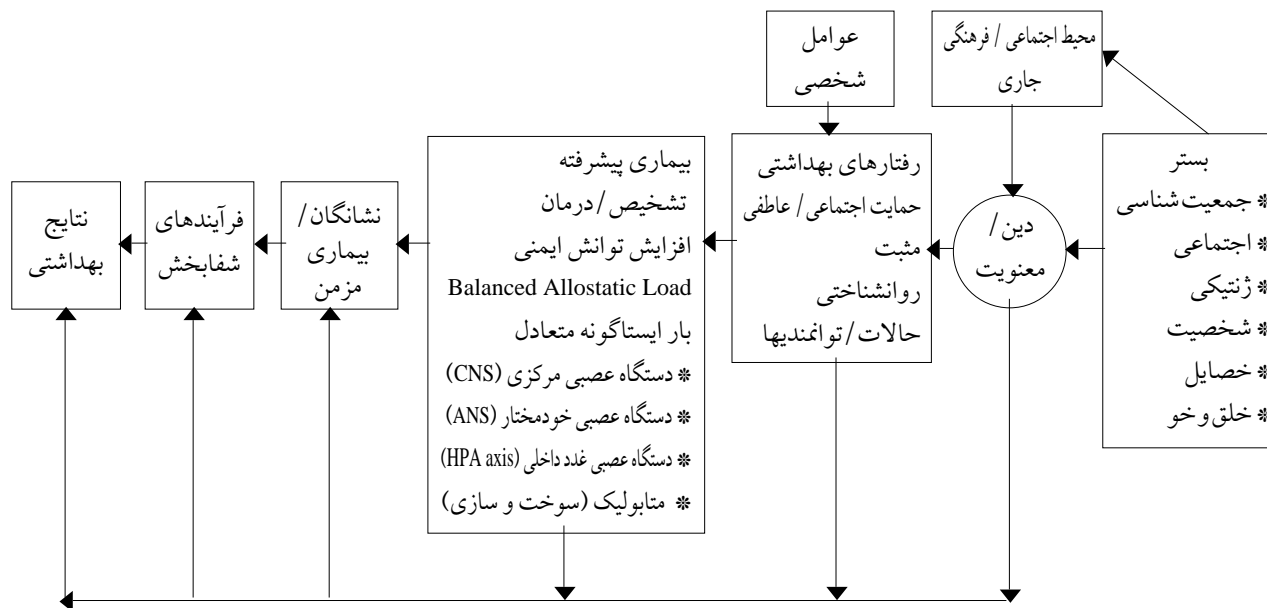
معنوی روزانه فی نفسه به درد ارتباطی نداشتند، در پایین ترین حد خود بود.

این سه مطالعه ارزش تحقیق در مورد مفاهیم اختصاصی تر را نسبت به مفاهیمی که در گذشته مورد ارزیابی قرار گرفتند، نشان می دهند به نحوی که می توانند اطلاعات معتبرتر و قابل اطمینان تر در اختیار گذارند. افزون بر این، این مطالعات نیاز توجه به اثرات تعاملی احتمالی، مانند کنار آمدن (از جمله کنار آمدن روزانه) با شخص خاصی و با ویژگی های بافتی (محیطی) را نشان می دهند. بدین ترتیب، در مقام تشخیص این که چه متغیرهایی رابطه بین عوامل دینی-معنوی و بهداشت را (Baron & Kenny, 1986) را افزایش یا کاهش می دهند، امکان پیشرفت هایی وجود دارد.

### چگونگی امکان اثربخشی این الگو

الگوهای مختلف بر آن بوده اند که رابطه بین عوامل دینی-معنوی و برآیندهای بهداشتی را تبیین کنند. شکل ۱ الگوی تحقیقی برگرفته از الگوی مفصل تری را نشان می دهد که برای گروه تحقیقی اداره تحقیقات رفتاری و علوم اجتماعی در مؤسسه ملی بهداشت، که قبلاً ذکر آن رفت، شکل گرفته است. این الگو در صدد است که چندین عامل را معرفی کند که ممکن است در طریقی که عوامل دینی-معنوی را با بهداشت مرتبط می کنند، دخیل باشند. چهار نکته درخور نقد و تفسیر است. نخست، این الگو بر آن است که نشان دهد چگونه عوامل دینی-معنوی می توانند در بهبود بخشیدن به بهداشت نقشی ایفا کنند. دوم، هر مطالعه خاصی احتمالاً تنها به تکه ای از این کیک مفهومی عوامل دینی-معنوی و بهداشت (یعنی، رابطه یک عامل معنوی با پاره ای از رفتارهای بهداشتی و کارکرد ایمنی بخش) توجه و تأکید دارد. سوم، برخی از عوامل دینی-معنوی، تحت همه شرایط خاصی، می توانند موجب کاهش بهداشت باشند یا بهداشت را به مخاطره اندازند. بعید است که همه عوامل دینی-معنوی، تحت همه شرایط سودمند باشند. چهارم، با در نظر گرفتن محدودیت های دانش کنونی ما، هر الگویی در این مرحله به احتمال زیاد به طرق گوناگونی معیوب (ناقص) است. هر الگوی مفهومی یک کار در حال پیشرفت و پذیرای بازنگری مستمر است. از این حیث، این الگو تنها می تواند تلاش کند تا جریان پیچیده رویدادهایی را که احتمالاً عوامل دینی-معنوی را با بهداشت ارتباط می دهند، نشان دهد. برای مثال، جهت گیری پیشنهاد شده (جهت گیری طولی از چپ به راست) بدون تردید بیش از حد ساده شده است، زیرا فرآیندها تقریباً همیشه چندجهته و دوجانبه است.

مع الاسف، تقریباً همه مطالعات تجربی در این حوزه تا به امروز نه برای محک زدن الگوهای مفهومی یا نظریه، بلکه برای بررسی تجربی این که آیا روابطی بین عوامل دینی-معنوی و نوعی



شکل ۱. دین / معنویت و بهداشت مناسبتر. توجه: دین و معنویت ممکن است هم‌پوشانی داشته باشند، اما چه‌بسا حوزه‌های مجزا و غیرمتداخل (مثلاً، باورها (اعتقادات) یا ریاضت‌های معنوی ممکن است به هر دین مرسوم مرتبط باشند یا نباشند) نیز در کار باشند. وانگهی، هرچند که الگوی فوق با پیکان‌های یک‌جهته نشان داده شده است، روشن است که برخی عوامل چه‌بسا در روابطی دو‌جهته یا چندجهته تعامل داشته باشند. برای مثال، هرچند افزایش التزام دینی ممکن است باعث افزایش حمایت اجتماعی گردد و آن نیز به بهبود برآیندهای بهداشتی بینجامد، جهت تأثیر چه‌بسا برای برخی افراد معکوس باشد. به علاوه، برای شفابخشی و بهداشت (تندرستی) بیش از یک مسیر پیشنهاد می‌شود که برخی نسبت به برخی دیگر مستقیم‌ترند.

برآیند بهداشتی، یعنی غالباً بیماری یا مرگ و میر، وجود دارد یا نه، در نظر گرفته شده‌اند. اقدام مهم دیگر محققان توصیف الگوهای اختصاصی تر و سازوکارهای احتمالی و طراحی مطالعاتی است که می‌توانند شواهدی تأییدکننده یا تکذیب‌کننده فراهم کنند.

برای مثال، در یک مطالعه بسیار مشهور، آکسمن، فریمن و منهایمر (۱۹۹۵) هم به عدم مشارکت در گروه‌های اجتماعی یا محلی و هم فقدان قوت قلب و آرامش از ناحیه دین برای پیش‌بینی مرگ و میر در بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب اختیاری قرار می‌گیرند، پی بردند. برای کسانی که به برقراری ارتباط مثبت بین التزام دینی و بهداشتی علاقه‌مندند، نتیجه‌گیری اغواکننده این است که قوت قلب و آرامشی که دین فراهم می‌سازد همان امری است که باعث کاهش مرگ و میر می‌شود. هرچند این نتیجه‌گیری ممکن است معتبر و ظاهراً مورد تأیید داده‌ها باشد، اما این نتیجه‌گیری ممکن است ناقص باشد. با این‌که داده‌ها ظاهراً مؤید این قضیه‌اند، تبیینات احتمالی دیگر هم چنان وجود دارند. برای مثال، ممکن است افرادی که خبراز میزان بالایی از قوت قلب و آرامش از ناحیه دین خود می‌دهند، افرادی باشند که از منابع چندگانه‌ای نظیر روابط دوستانه، جامعه و ازدواج، نیز احساس آرامش کنند. امکان دارد که توانایی احساس قسمت اعظمی از زندگی به عنوان امری آرامش‌بخش و نیروبخش مرگ و میر مستقل از منبع (نظیر دین فرد) را نشان دهد. مسأله در مورد قوت قلب و آرامش از ناحیه دین ممکن است عامل خوشبینی یا عامل شخصیتی دیگری بوده است که در تجلی دینی‌اش مکشوف شده است اما این امر به نحوی یک پارچه به دین پیوند نخورده است.

به عنوان مثالی دیگر، اومن، تورسن و مک‌ماهون (۱۹۹۹) در مطالعه‌ی آینده‌نگری که رابطه بین خدمت داوطلبانه و مرگ و میر در گروه نمونه‌ای از افراد مسن را مورد بررسی قرار می‌داد، به لحاظ آماری عملکرد اجتماعی و حمایت اجتماعی و عاطفی را از طریق شماری از معیارها توجیه و تعلیل کردند. این معیارها بیش از ده متغیر، نظیر وضعیت تأهل، تعداد روزهای خارج از منزل در هفته، و حضور در مراسم مذهبی، را شامل می‌شد. هدف از گنجاندن این عوامل دیگر به عنوان هم‌متغیرها یا کنترل‌ها برآورد اثر مستقل خدمت داوطلبانه فراتر و فراسوی منافع بهداشتی احتمالی حاصل از چندین نوع تماس و التزام اجتماعی بود. هرچند خدمت داوطلبانه بیش از ۴۰٪ مرگ و میر کمتر را در مقایسه با آن دسته از کسانی که داوطلب خدمت در جامعه نمی‌شوند، نشان داد، حتی پس از توجیه و تعلیل متغیرهای حمایت اجتماعی، ما نمی‌توانیم به طور تام و تمام این احتمال را نادیده

بگیریم که خدمت داوطلبانه خطر مرگ و میر را از طریق افزایش حمایت اجتماعی کاهش می‌دهد. قضیه به علت محدودیت‌های معیارهای حمایت اجتماعی که مورد استفاده واقع می‌شد (مثلاً، وضعیت تأهل شاخص بسیار موشکافه و دقیق حمایت زناشویانه یا حمایت اجتماعی است)، از همین قرار است. هرچند این مطالعه چندین تبیین رقیب را مورد کندوکاو قرار داد و کنترل کرد، نتایج تا زمانی که مطالعات مورد نظر بیشتری انجام پذیرند، گویا و پرمعنا باقی می‌مانند. باز ناتوانی در تکذیب یک الگو (نظیر این که خدمت داوطلبانه مرگ و میر را کاهش می‌دهد)، هرچند حائز اهمیت است، با تأیید آن یکسان نیست. چنین تأییدی عموماً مستلزم شواهدی برگرفته از مطالعات به لحاظ تجربی طراحی شده (W.R. Miller & Thoresen, 1999) است.

### اهمیت ارتباط مفهوم سازی و سنجش

دین و معنویت مفاهیم پیچیده چندبعدی هستند. در طراحی مطالعات و کاربرد ابزارهای سنجش، تبیین این که چه ویژگی‌هایی از این مفاهیم سنجیده می‌شوند و نیز منطق نظری انجام دادن چنین کاری، اهمیت دارد. الیسون و لوین (۱۹۹۸) تمایز نظری سودمندی بین ابعاد کارکردی و رفتاری (یا ساختاری) التزام دینی قائلند. آنان استدلال می‌کنند که تشخیص و سنجش نقش‌های کارکردی احتمالی دین، نظیر فراهم سازی یک چارچوب وجودی معنا و هدف، استراتژی‌های خاص کنار آمدن یا حمایت رفتارهای بهداشتی خاص، براساس درک سازوکارهایی که از رهگذر آنها بهداشت تحت تأثیر قرار می‌گیرد، سودمند خواهد بود. بیشتر مطالعات تجربی، و نه همه آنها، بر جنبه‌های رفتاری یا ساختاری التزام دینی، نظیر حضور در کلیسا یا در مراسم و مناسک تأکید داشته‌اند و عملکردهایی را که التزام دینی ممکن است در زندگی مردم داشته باشد، بررسی نکرده‌اند.

نمونه‌ای از تحقیق را که بر جنبه کارکردی دین توجه و تأکید دارد پارگامنت و همکارانش (مثلاً، Pargament, 1997; Pargament et al., 1998) به دست می‌دهند. آنان بر کنار آمدن دینی در حکم امری متمایز از سایر رفتارهای دینی یا معنوی انگشت تأکید گذاشته‌اند. آنان انواع مختلف کنار آمدن دینی را شناسایی کرده‌اند و به بررسی همبستگی‌های بهداشتی مطلوب و نامطلوب مبادرت ورزیده‌اند. این رویکرد بر این نظر مبتنا دارد که یکی از عملکردهای دین کمک به افراد است تا با روان فشارهای اجتناب‌ناپذیر زندگی به نحو مؤثرتری کنار آیند. این تحقیقات

تعاریفی را پی افکنند که بین کنار آمدن دینی و غیر دینی تمایز می‌نهادند. بدین ترتیب، این قضیه نظری را که دین عملکرد کنار آمدن (انطباقی) دارد، می‌توان محک زد. همین که اشکال مختلف کنار آمدن دینی مشخص شوند، آنگاه گزاره‌های دقیق‌تر و سودمندتری می‌توان مطرح کرد. این گزاره‌ها آثار و برآیندهای بهداشتی رفتارهای ناشی از کنار آمدن دینی خاص افراد دارای پاره‌ای ویژگی‌ها را در اوضاع و احوال خاص مشخص می‌سازند. توجه داشته باشید که این کار با تلاش برای پاسخ به یک پرسش بسیار عامی مانند این که «آیا دین باعث بهداشت بیشتر می‌شود یا آیا معنویت سداً راه بیماری می‌شود؟ کاملاً متفاوت است. (برای بحث مفصل درباره این سؤال‌ها بنگرید به: Oman & Thoresen, 2001)

#### سایر موضوعات مربوط به طرح‌های تحقیقاتی

پرسش‌های تحقیقاتی باید حتی الامکان طرح‌هایی تحقیقاتی تحمیل کنند. به موازات پیچیده‌تر و دقیق‌تر شدن پرسش‌ها، نیاز به کاربرد انواع بسیاری از طرح‌های تحقیقی گسترش یافته است. تاکنون این حوزه تحت سیطره تحقیق مقطعی-همبستگی و تحقیق طولی آینده‌نگر بوده است که نقش عوامل دینی-معنوی را به عنوان عوامل پیش‌بین مستقل و، تا حد بسیار کمتری، به عنوان عوامل تعدیل‌کننده یا واسطه وضعیت بهداشتی (مثلاً Tix & Frazier, 1998) بررسی می‌کند. این طرح‌ها، بویژه اگر معیارهای دقیق‌تر، چندبعدی و کاملاً معتبری را در مورد عوامل دینی-معنوی به کار گیرند، هم‌چنان عوامل سودمندی خواهند بود.

طرح‌ها و روش‌های دیگر، نظیر آزمایش‌های (Hilliard, 1993) شرکت‌کننده واحد (N=1)، طرح‌های گوناگون مصاحبه (بنگرید به: T. Richards & Folkman, 1997)، روش‌های مراقبتی روزانه (بنگرید به: Keefe et al.,) و مطالعات مداخله‌ای کنترل شده عمدتاً وجود نداشته است. مطالعات مداخله‌ای به طور خاص، نظیر مطالعات الکساندر و دیگران (۱۹۸۹) و دابلیو. اس. هریس و دیگران (۱۹۹۹) امکان تحقق و نیروی تبیینی طرح‌های آزمایشی در تحقیق عامل دینی-معنوی را نشان می‌دهند. علی‌الخصوص در نظر متخصصان بهداشت علاقمند به استفاده از معالجات به لحاظ فرهنگی حساس و به لحاظ تجربی معتبر، تحقیق مداخله‌ای سود مضاعف استراتژی‌های درمان اثربخش به طور هم‌زمان در حال توسعه را و نیز فراهم ساختن فرصت‌هایی را برای قضایای نظری راجع به سازوکارهایی زیربنایی در اختیار می‌گذارد.

### برخی از دغدغه‌ها و حدس‌های احتمالی

نتیجه‌گیری‌های راجع به حوزه نوظهور دین-معنویت و بهداشت لزوماً بسیار غیر قطعی اند و در حال و هوای حدس‌های معقول مبتنی بر شواهد عمدتاً گویا بیان می‌شوند. حدس‌ها و دغدغه‌های زیر در این برهه زمانی موجه به نظر می‌رسند. در مقام ارائه آنها، ما به این احتمال اذعان داریم که برخی از خوانندگان ممکن است این حدس‌ها و دغدغه‌ها را بیش از اندازه محافظه‌کارانه و احتیاط‌آمیز بدانند، در حالی که دیگران ممکن است آنها را بی‌نهایت خوش‌بینانه تلقی کنند. امید است که این حدس‌ها آن قدر معقول و موجه باشند که همکاران مسأله دین و معنویت و بهداشت را جدی بگیرند و برای مطالعه و جوه این عنوان دست به انتخاب بزنند.

● با توجه به تعداد زیاد آمریکائینی که در حال حاضر به ایمان خود به خدا اعتراف می‌کنند (۹۶٪)، مرتباً در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند (۴۲٪)، باورهای دینی و معنوی را در زندگی خود بسیار مهم می‌دانند (۶۰٪)، التزام دینی فراوان را با سعادت بیشتر مرتبط می‌دانند (۴۷٪) و به رشد معنوی بیشتر ابراز نیاز می‌کنند (۸۲٪)، عوامل دینی-معنوی در خور توجه دقیق و نقادانه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در تحقیق و آموزش و در شیوه‌های مراقبت‌های بهداشتی متعارف و بدیل / مکمل است (Gallup, 1995; Myers, 2000b).

● عوامل دینی-معنوی ظاهراً با بهداشت جسمی، روانی و کلی ارتباط دارند و، ولی فقدان کنترل‌ها و طرح‌های مناسب در بسیاری از مطالعات درک ما را از این روابط به شدت محدود کرده است.

● شواهدی که عوامل دین و معنویت را به کاهش مرگ و میر بر اثر هر علتی ارتباط می‌دهند و آنها را به عنوان عوامل حضور مکرر در مراسم مذهبی ارزیابی می‌کنند چشمگیر بوده‌اند، لیکن ماهیت و تبیین این ارتباط کاملاً نامشخص است. به طور کلی، شواهد مبتنی بر مطالعات آینده‌نگر به خوبی کنترل شده که حضور در مراسم دینی و سایر عوامل دینی-معنوی را به بیماری‌های عمده خاص، نظیر انواع مختلف سرطان‌ها (در مقابل مرگ و میر به هر علتی) ارتباط می‌دهند، ناکافی و نامشخص اند.

● مطالعه دقیق‌تر عوامل فردی و روان‌شناختی (جدای از حمایت اجتماعی یا پیوندهای اجتماعی)، نظیر فرایندهای خودارزیابانه و شناخت‌های دارای موقعیت اجتماعی مستمر، عوامل بافتی یا محیطی خاص و فرایندهای روان‌شناختی گوناگونی که می‌توانند شیوه‌های ارتباط عوامل معنوی-دینی را با فرایندهای بهداشتی روشن سازند، تقریباً در همه مطالعات عمده وجود نداشته است.

● نیاز به استفاده از انواع بسیار گوناگون طرح‌های تحقیقاتی و راهکارهای ارزیابی که روش‌های کیفی‌تر را با روش‌های کمی مرتبط می‌سازند، لازم به نظر می‌رسند. مشکلات و مسائل مربوط لزوماً انتخاب طرح‌ها و روش‌های خاص را القا می‌کنند. گه‌گاه روش‌های تازه یا سازگار مورد نیاز است. اغلب اوقات روش‌ها و طرح‌های تحقیقی متعارف موضوع تحقیق و چگونگی آن را مشخص می‌کنند (Cook, 1985; Thoresen, 1999).

● شواهدی مبنی بر این‌که عوامل مرتبط با دین و معنویت، نظیر کمک به دیگران (خدمت خالصانه یا رفتار نوع‌دوستانه)، گذشت و مراقبه منافع بهداشتی فراهم می‌آورند، عموماً کم‌اند، لیکن بسیار نویدبخش و درخور مطالعه دقیق‌اند (مثلاً، McCullough, Pargament, & Thoresen, 2000).

● از نظر مفهومی، این نظر که برخی عوامل دینی-معنوی می‌توانند سرانجام به بهزیستی شخصی بیشتر، رضایت کلی از زندگی، کیفیت زندگی، حتی شادی و خوشبختی، در کنار بیماری و افسردگی، منجر شوند نظراً پذیرفتنی و درخور مطالعه به نظر می‌رسد. چشم‌انداز گسترده‌ای که علوم اجتماعی، رفتاری و پزشکی را دربرگیرد، با تشریح مساعی افرادی در علوم انسانی، از جمله، الاهدانان و طیبیان معنوی (مثلاً کشیشان/روحانیون) مورد نیاز است.

شاید هزاره جدید معرفت موقعیت مناسبی برای محققان و متخصصان عمل‌گرایی (اهل عملی) که با بهداشت سر و کار دارند باشد که از نو دیدگاه‌های خود را در مورد نقش عوامل دینی-معنوی در بهداشت و بهزیستی و نیز بیماری و ناتوانی مورد بررسی قرار دهند. عده قلیلی از ما در این موضوع آموزش تخصصی دیده‌اند (بنگرید به: Sharanske, Chapter 13, this volume; Thoresen, 1998). با این همه، این موضوع هم‌چنان دغدغه بزرگی برای بسیاری از آن کسانی است که ما بدان‌ها خدمت می‌کنیم و نیز آن کسانی که مورد مطالعه خود قرار می‌دهیم. همانند موضوعات مربوط به کلیسا و دولت، بهداشت تناسلی و اخلاق و شخصیت، و امور معنوی نیز غالباً موجب واکنش‌های غیر عمدی و «غیرارادی» سرشار از انرژی عاطفی فراوان می‌شوند. لیکن، اعتقاد ما بر این است که زمان پرداختن به این موضوع به نحوی کاملاً دقیق و با توجهی خاص فرارسیده است. موضوعات فراوانی وجود دارد که باید درباره آنها فروتن و بی ادعا باشیم. طرفداری و شک‌گرایی هرکدام جایگاه خود را دارند. لیکن افراط در هر دو کمتر به روشن کردن معضلات مدد می‌رساند. اغلب اوقات موضوعات متضمن ایمان و بهداشت دستخوش مفاهیم تحویل‌گراانه تفکر دوگانه و تصورات کلیشه‌ای شده‌اند. مسائل بسیار پیچیده‌اند و به حق



چالش‌انگیزند، لیکن حل‌نشده‌نی نیستند. ما دست‌کم چشم‌اندازی از نیل به پیشرفت‌هایی چشم‌گیر در زمینه‌کارآمدی مراقبت‌های بهداشتی، کیفیت زندگی و بهزیستی پیش‌رو داریم چنان‌چه با حساسیت، بردباری و پشتکار لازم به کار خود ادامه دهیم. انشتین (۱۹۹۳) در قرن گذشته، هنگامی که اظهار داشت علم بدون دین لنگ و دین بدون علم کور است، برحق بود. شاید همین مطلب در مورد معنویت و بهداشت نیز صادق باشد.

پی‌نوشت‌ها:

\* مشخصات کتاب‌شناختی اصل مقاله چنین است:

Carl E. Thoresen, Alex H. S. Harris and Doug OMAN, "Spirituality, Religion, and Health: Evidence, Issues, and Concerns", In Plante, Thomas G. and Allen C. Sherman, *Faith and Health: Psychological Perspectives* (ed.), (New York and London: The Guilford Press, 2001).

1. Carl E. Thoresen
2. Alex H. S. Harris
3. Doug Oman
4. quiet reflection
5. *Care of the Soul*
6. Moore
7. *Tuesday's with Morrie*
8. Albom
9. *How to Know God*
10. Chopra
11. *American Psychologist*
12. *Annals of Behavioral Medicine*
13. *Journal of Health Psychology*
14. *Health Education and Behavior*
15. Society of Psychosomatic Medicine
16. European Society of Health Psychology
17. Society of Behavioral Medicine
18. American Psychological Association
19. P. Richards
20. Bergin

21. Shafranske
22. W. R. Miller
23. The John Templeton Foundation
24. the National Institute of Healthcare Research (NIHR)
25. the Office of Behavioral and Social Science Research
26. National Institutes of Health (NIH)
27. cynical skepticism
28. health outcomes
29. health skepticism
30. spiritual surge
31. *Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report*
32. rugged individualism
33. Emile Durkheim
34. William James
35. religiousness
36. Sir William Osler
37. *British Medical Journal*
38. Gordon Allport
39. religious affiliation
40. Seventh-Day Adventists (SADs)
41. Enstrom
42. prospective studies
43. Mormons
44. dose-response
45. confounding variables
46. distal factor
47. proximal
48. Plante
49. Sherman
50. *Oxford English Dictionary*
51. Venn diagrams
52. coping

53. social integration
54. religious denomination
55. overt behaviors
56. meditation
57. subjective experiences
58. inner peace
59. correlational
60. emphysema
61. cirrhosis
62. all-cause mortality
63. scurvy
64. Musick
65. narcissistic personality
66. unique variance
67. structural equation models (SEMs)
68. cross-lag panel
69. cross-lag correlation
70. path analysis
71. meditation
72. intercessory prayer
73. mindfulness meditation
74. distant healing
75. double-blind
76. pulmonary edema
77. congestive heart failure
78. cardiopulmonary arrest
79. coronary intensive care unit
80. bypass surgery
81. psychopathology
82. multiwave prospective designs
83. cognitive-behavioral therapy (CBT)
84. collaborating with God
85. arthritis

کتاب نامه:

- Albom, M. (1997). *Tuesday's with Morrie*. New York: Doubleday.
- Alexander, C. N., Langer, E. J., Newman, R. I., & Chandler, H. M. (1989). Transcendental meditation, mindfulness and longevity: An experimental study with the elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 950-964.
- Allport, G. (1950). *The individual and his religion*. New York: Macmillan.
- Bandura, A. (1997). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 19, 1-27.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, 1173-1182.
- Baron, R. M., & Kenney, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social Psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W., Swidler, A., & Tipton, S. (1985). *Habits of the heart: Individualism and commitment in American life*. Berkeley: University of California Press.
- Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 170-184.
- Billings, J. S. (1981). Vital statistics of the Jews. *North American Review*, 153, 70-84.
- Byrd, R. B. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Medical Journal*, 81, 826-829.
- Chatters, L. M. (2000). Religion and health: Public health research and practice. *Annual Review of Public Health*, 21, 335-367.
- Chopra, D. (2000). *How to know God: The soul's journey into the mystery of mysteries*. New York: Random House.
- Comstock, G. W., & Partridge, K. B. (1972). Church attendance and health. *Journal of Chronic Diseases*, 25, 665-672.
- Comstock, G. W., & Tonascia, J. A. (1977). Education and mortality in Washington County, Maryland. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 54-61.
- Cook, T. D. (1985). Postpositivist critical multipism. In R. L. Shotland & M. M. Marks (Eds.),

- Social science and social policy* (pp. 21-62). Beverly Hills, CA: Sage.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 54, 821-827.
- Dawkins, R. (1999). You cant's have it both ways: Irreconcilable differences. *Skeptical Inquirer*, 23, 62-64.
- Dossey, L. (in press). Prayer and medical science. *Archives of Internal Medicine*.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Glencoe, IL: Free Press. (Original work published 1897)
- Einstein, A. (1993). *Einstein on humanism*. New York: Citadel Press.
- Ellis, A. (1971). *The case against religion: A psychotherapist's view*. N: Institute for Rational Living.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
- Ellison, C. G., Burr, J. A., & McCall, P. L. (1997). Religious homogeneity and metropolitan suicide rates. *Social Forces*, 76, 273-299.
- Ellison, C. G., & Gay, D. A. (1990). Religion, religious cimmitment, and life satisfaction among Black Americans. *Sociological Quarterly*, 31 (1), 123-147.
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory and future directions. *Health Education and Behavior*, 25, 700-720.
- Emmons, R. A., & Crumpler, C. A. (1999). Religion and spirituality? The roles of sanctification and the concept of God. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 17-24.
- Enstrom, J. E. (1975). Cancer mortality among Mormons. *Cancer*, 36 (3), 825-841.
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). When God disappoints: Difficulty forgiving God and its role in negative emotion. *Journal of Health Psychology*, 4, 365-379.
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Sanderson, W. C. (in press). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*.
- Frank, R. H., & Cook, P. J. (1995). *The winner-take-all society*. New York: Free Press.
- Frankel, B. G., & Hewitt, W. E. (1994). Religion and well being among Canadian university students: The role of faith groups on campus. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33, 62-73.
- Freud, S. (1961). The future of an illusion. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition*

- of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol.21, pp. 1-56). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Original work published 1927).
- Galanter, M. (1986). "Moonies" get married: A psychiatric follow-up study of a charismatic religious sect. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1245-1249.
- Gallup, G. (1995). *The Gallup Poll: Public opinion 1995*. Wilmington, DE: Scholarly Resources.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- Gorsuch, R. L., & Miller, W. R. (1999). Measuring spirituality. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into practice: Resources for practitioners* (pp. 47-64). Washington, DC: American Psychological Association.
- Harris, A. H. S., Thoresen, C. E., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Spiritually and religiously oriented health interventions. *Journal of Health Psychology*, 4, 413-433.
- Harris, R. C., Dew, M. A., Lee, A., Amaya, M., Buches, L. D. R., & Coleman, G. (1995). The role of religion in hearth-transplant recipients' long-term health and well-being. *Journal of Religion and Health*, 34, 17-32.
- Harris, W. S., Gowda, M., Kolb, J. W., Strychacz, C. P., Vacek, J. L., Jones, P. G., Forker, A., O'keefe, J. H., & McCallister, B. D. (1999). A randomized, controlled trail of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Archives of Internal Medicine*, 159, 2273-2278.
- Hill, P. C., & Hood, R. W. (1999). *Measures of religious behavior*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Hilliard, R. B. (1993). Single case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 373-380.
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U. S. adult mortality. *Demography*, 36, 272-285.
- Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052-1079.

- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1997). Religion among disabled and non-disabled persons: II. Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B, S306-S316.
- James, W. (1985). *Varieties of religious experience*. New York: Randon House. (Original work published 1902).
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D. S., Drew, J., Egert, J., Gibson, J., & Pargament, K. I. (in press). Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *Journal of Pain*.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the earch for a pardigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-130.
- Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1999). Automaticity in clinical psychology. *American Psychologist*, 54, 504-515.
- Koenig, H. G. (1997). *Is religion good for your health?: Effects of religion on mental and physical health*. Binghamton, New York: Haworth Pastoral Press.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536-542.
- Larson, D. B., Koenig, H. G., & kaplan, B. H. (1989). The impact of religion on men's blood pressure. *Journal of Religion and Health*, 28, 265-278.
- Larson, D. B., Swyers, J. P., & McCullough, M. E. (Eds.). (1998). *Scientific research on spirituality and health: A consensus report*. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.
- Larson, D. B., Sherrill, K. A., Lynos, J. S., Craigie, F. C., Thielman, S. B., Greenwood, M. A., & Larson, S. S. (1992). Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the *American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978-1989*. *American Journal of Psychiatry*, 149, 557-559.
- Levin, J. S., Markides, K. S., & Ray, L. A. (1996). Religious attendance an psychological well being

- in Mexican Americans: A panel analysis of three-generation data. *Gerontologist*, 36, 454-463.
- Madalie, J. H., Kahn, H. A., & Neufeld, H. N. (1973). Five-year myocardial infarction incidence: II. Association of single variables to age and birthplace. *Journal of Chronic Disease*, 26, 329-349.
- Masters, K. S., Bergin, A. E., Reynolds, E. M., & Sullivan, C. E. (1991). Religious life-styles and mental health: A follow-up study. *Counseling and Values*, 35, 211-224.
- Matthews, D. A., Koeing, H. G., Thoresen, C. E., & Friedman, R. (1998). Physical health. In D. B. Larson, J. P. Swyers, & M. E. McCullough (Eds.), *Scientific research on spirituality and health: A consensus report* (pp. 31-54). Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. E. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- McCullough, M. E., Larson, D. B., & Worthinton, E. L. (1998). Mental health. In D. B. Larson, J. P. Swyers, & M. E. McCullough (Eds.), *Scientific research on spirituality and health: A consensus report* (pp.55-67). Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.
- McCullough, M. E., Pargament, K. I., & Thoresen, C. E. (Eds.). (2000). *Forgiveness: Theory, research, and practice*. NW: Guilford Press.
- Miller, T. Q. (1997). Statistical methods describing temporal order in longitudinal research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 1155-1168.
- Miller, W. R. (Ed.). (1999). *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and health. In W. R. Miller (Ed.), *Interrating spirituality into treatment* (pp. 3018). Washington, DC: American Psychological Association.
- Moore, T. (1994). *Care of the soul: A guid for cultivating depth and sacredness in everyday life*. New York: Harper.
- Musick, M. A., House, J. S., & Williams, D. R. (in press). Attendance at religious services and mortality in a national sample. *Journal of Health and Social Behavior*.
- Myers, D. (2000a). *The American paradox: Spiritual hunger in a land of plenty*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Myers, D. (2000b). The funds, the friends, and the faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.



- Oman, D., & Reed, D. (1998). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *A Journal of Public Health*, 88, 1469-1475.
- Oman, D., & Thoresen, C. E. (2001). *Does religion cause health? Differing interpretations and diverse meaning*. Manuscript submitted for publication
- Oman, D., Thoresen, C. E., & McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality. *Journal of Health Psychology*, 4, 301-316.
- Osler, W. (1910). The faith that heals. *British Medical Journal*, 18, 1470-1472.
- Oxman, T. E., Freeman, D. H., & Manheimer, E. D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57, 5-15.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (1999). Psychology of religion and spirituality. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 3-16.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Pargament, K. I., Cole, B., VandeCreek, L., Balavich, T., Brant, C., & Perez, L. (1999). The Vigil: Religion and the search for control in the hospital waiting room. *Journal of Health Psychology*, 4, 327-341.
- Phillips, R. L., Kuzma, J. W., Beeson, W. L., & Lotz, T. (1980). Influence of selection versus lifestyle on risk of fatal cancer and cardiovascular disease among Seventh-Day Adventists. *A Journal of Epidemiology*, 112, 296-314.
- Phillips, R. L., Lemom, F. R., Beeson, W. L., & Kuzma, J. W. (1978). Coronary heart disease mortality among Seventh-Day Adventists with differing dietary habits: A preliminary report. *A Journal of Clinical Nutrition*, 31, S191-S198.
- Post, S. G., Puchalski, C., & Larson, D. B. (2000). Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency, and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 132, 578-583.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and non-religious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depres-

- sion in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., Smith, S. A., & Davis, L. F. (1991). Healthy and unhealthy forms of religiousness manifested by psychotherapy clients: An empirical investigation. *Journal of Research in Personality*, 23, 506-524.
- Richards, T. A., & Folkman, S. (1997). Spiritual aspects of loss at the time of a partner's death from AIDS. *Death Studies*, 21, 527-552.
- Rogosa, D. (1987). Casual models do not support scientific conclusions: A comment in support of Freedman. *Journal of Educational Statistics*, 12, 185-195.
- Rogosa, D. R. (1988). Myths about longitudinal research. In K. W. Schaie, R. T. Campbell, W. M. Meredith, & S. C. Rawlings (Eds.), *Methodological issues in aging research* (pp. 171-209). New York: Springer.
- Rogosa, D. R., & Willett, J. B. (1985). Understanding correlates of change by modeling individual differences in growth. *Psychometrika*, 50, 203-228.
- Rosen, G. (1993). *A history of public health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Schor, J. B. (1991). *The overworked American*. New York: Basic Books.
- Scotch, N. A. (1963). Sociocultural factors in the epidemiology of Zulu hypertension. *A Journal of Public Health*, 53, 1205-1213.
- Shafranske, E. P. (Ed.). (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: A Psychological A.
- Sherrill, K. A., & Larson, D. B. (1994). The anti-tenure factor in religious research in clinical epidemiology and aging. In J. S. Levin (Ed.), *Religion in aging and health: Theoretical foundations and methodological frontiers* (pp. 149-177). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sicher, F., Targ, E., Moore, D., & Smith, H. (1998). A randomized double-blind study of the effect of distant healing in an advanced AIDS population. *Western Journal of Medicine*, 169, 356-363.
- Simpson, J., & Weiner, E. (Eds.). (1989). *Oxford English Dictionary* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*, 353, 664-667.

- Sloan, R. P., Bagiella, E., VandeCreek, L., Hover, M., & Casalone, C. (2000). Should physicians prescribe religious activities? *New England Journal of Medicine*, 342, 1913-1916.
- Stifoss-Hanssen, H. (1999). Religion and spirituality: What a European ear hears. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 25-33.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *A Journal of Public Health*, 87, 957-961.
- Targ, E. (1997). Evaluating distant healing: A research review. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3, 74-78.
- Thomson, K. S. (1996). The revival of experiments on prayer. *A Scientist*, 84, 532-534.
- Thoresen, C. E. (1998). Spirituality, health, and science: The coming revival? In S. Roth-Roemer, S. K. Robinson, & C. Carmin (Eds.), *The emerging role of counseling psychology in health care* (pp. 409-431). New York: Norton.
- Thoresen, C. E. (1999). Spirituality, and health: Is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, 4, 291-300.
- Thoresen, C. E., & Harris, A. H. (in press). Spirituality, and health: What's the evidence and what's needed? *Annals of Behavioral Medicine*.
- Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 411-422.
- Travers, B. (1937). Observations on the local disease termed malignant. *Medico-Chirurgical Transactions*, 17, 337.
- Walsh, R., & Vaughn, F. (1995). *Paths beyond ego: The transpersonal vision*. New York: Plenum.
- Worthington, E. L., Jr., Kuru, T. A., McCullough, M. E., & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.
- Yates, J. W., Chalmer, B. J., St. James, P., Follansbee, M., & McKegney, F. P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 9, 121-128.