

# دین و معنویت در علم و کاربرد روان‌شناسی سلامت\*

## آزاداندیشی، شک‌گرایی و لادری‌گری در روش‌شناسی

تیموتی دابلیو. اسمیت ترجمه‌مبین صالحی

در مدت زمانی بسیار کوتاه، روان‌شناسی سلامت به رکن اصلی علوم رفتاری و زیست-پزشکی تبدیل شده است. از زمان ظهور رسمی آن در دهه ۱۹۷۰، پیش‌رفت‌های سریعی در بررسی تأثیرات متقابل سلامت و بیماری روانی و جسمانی بر یکدیگر حاصل شد. پژوهش حاضر راهبرد مجموعه‌ای از کاربردهای مؤثر در جلوگیری و کنترل بیماری است، که دامنه آن از مداخلات روانی فردی گرفته، تا مداخلات سازمانی و حتی طراحی سیاست عمومی، کشیده می‌شود. این حوزه با بررسی چگونگی تنوع موضوعات مربوط به سلامت و رفتار از لحاظ سن، جنس، نژاد، جهت‌گیری جنسی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، با جدیت تلاش کرده است تا جامع و فراگیر باشد. تا همین اواخر، موضوع دین و معنویت در روان‌شناسی سلامت تا حدودی نادیده انگاشته شده است. این کتاب<sup>۱</sup> روشن می‌سازد که در سرتاسر تاریخچه این حوزه، تلاش‌هایی برای بررسی نقش این سازه‌های روانی-اجتماعی در رشد و سیر بیماری و تأثیرات [حاصل از] آن صورت گرفته است. اما، با توجه به میزان مشارکت دینی و اهمیت مسائل و تمایلات معنوی در میان بسیاری از افرادی که روان‌شناسان سلامت آنان را مورد مطالعه قرار داده و به درمان آنان می‌پردازند، کمبود پژوهش در این زمینه کاملاً چشم‌گیر است. با کمال تعجب،

ما اطلاعات چندانی از تأثیر دین و معنویت بر سلامت نداریم. بیشتر روان‌شناسان سلامت بی‌درنگ می‌پذیرند که موضوعات متنوع و حسّاسی مانند نژاد، سن، جنس و جهت‌گیری جنسی، ملاحظات مهمی در علم و کاربرد روان‌شناسی سلامت هستند. با این حال، به [اهمیت] مسائل دینی و معنوی در این زمینه، با همان اشتیاق و دقت پرداخته نشده است.

در سال‌های اخیر، به موازات تجدید علاقه عمومی به دین و معنویت، مطالعه علمی دین و سلامت، به مانند علاقه به موضوعات دینی و معنوی در مراکز مراقبت‌های بهداشتی رشد کرده است. با این همه، در واکنش به این مسئله نظراتی شک‌گرا با قوتی ظاهراً یک‌سان مطرح شده‌اند که نتایج و حتی حقانیت توجه اخیر این حوزه به مسائل اعتقادی را مورد تردید قرار می‌دهند. بینش عمومی جامعه، ما را برآن می‌دارد که از بحث در باب دین در بسیاری از زمینه‌ها پرهیز کنیم، زیرا بیم آن می‌رود که اختلاف نظرهای عمیقاً ریشه‌داری مجال بروز پیدا کنند. به عبارتی مودبانه، همیشه باید به سراغ موضوعات ایمن‌تر برویم. در مورد مطالعه ایمان و سلامت، وقت آن گذشته است که به این نصیحت توجه کنیم. این اختلاف نظر هنوز بی‌جواب و به قوت خود باقی است.

برخی از تعارضات، شفاف و اساسی و مابقی، ظاهراً ناشی از سوء برداشت هستند. سوء برداشت‌های ضد و نقیض را می‌توان از روی دو الگویی که در مطالب مربوط به علم آمده، فهم کرد. در الگوی اول، یک تخته سیاه پر از معادلات ظاهراً علمی وجود دارد که در فضای باز وسط، این کلمات به چشم می‌خورد: «معجزه‌ای در این جا رخ می‌دهد». در برخی از موارد گاهی موجه (W. S. Harris et al., 1999)، نسل کنونی شکاکان ممکن است احساس کنند که این تصویر بازتاب ماهیت درونی پژوهش «علمی» در زمینه ایمان و سلامت است. در الگوی دوم دو دانشمند با روپوش آزمایشگاهی روبه‌روی تخته سیاه دیگری می‌ایستند که مشابه با تخته سیاه قبلی پر از معادله است. یکی از آنها یک «X» بسیار بزرگ از این سر تا آن سر تخته سیاه می‌کشد و دیگری می‌پرسد «آیا آن [معادله] همین است؟ آیا آن [معادله] بررسی همین [X] است؟» ممکن است آن چنان که انتظارش می‌رود پژوهش‌گرانی که سرگرم مطالعه ایمان و سلامت هستند احساس کنند کار آنها با این پاسخ غیرارادی و ناخوشایند مواجه شده است. البته، شرایط علمی ایده‌آل شرایطی هستند که از میزان آزاداندیشی و شک‌گرایی مشابه برخوردارند که در آن حتی پرسش‌های ناآشنا و پرسش‌هایی که بالقوه بحث‌انگیز هستند مطرح می‌شوند، اما در آن از هیچ نتیجه‌ای بدون تحلیل انتقادی در نمی‌گذرند.

در این مقاله، جایگاه تحقیق درباره ایمان و سلامت را از منظر پژوهش روان‌شناسی سلامت

مورد بحث قرار می‌دهم. در هر سه موضوع اصلی روان‌شناسی سلامت به بررسی بازنمایی موضوعات دینی و معنوی با تأکید بر مسائل مفهومی و روش‌شناختی در هر حوزه می‌پردازم. در جای دیگر (Smith & Ruiz, 1999) استدلال آورده‌ام که این حوزه قابل تقسیم به این موضوعات است: (۱) رفتار بهداشتی و پیش‌گیری؛ (۲) فشار روانی و بیماری و (۳) ابعاد روان‌شناختی بیماری و مراقبت پزشکی. دین و معنویت در هر یک از این حوزه‌ها مطرح هستند، چنان‌که پلانته و شرمن (فصل ۱ همین کتاب) خاطر نشان کردند، هر چند پژوهش‌های آینده باید به تکرار ایراد و اعتراض‌های روش‌شناختی و مفهومی موجود در هر یک از آنها توجه کنند. سپس، به اختصار به مسائلی در خصوص استفاده از پژوهش درباره دین و معنویت، به عنوان راهنمایی برای خدمات بالینی، باز می‌گردم. در مشاجرات جاری بر سر نقش دین و معنویت در اعمال روان‌شناسی بالینی سلامت، مطالب مبهم و بی‌ارزش بسیار زیاد است، در عین حال، به طور مسلم مطلب حقیقی نیز وجود دارد. اما این اختلاف نظرها در بحث‌های دیگر راجع به [نقش] فن و علم طبابت بالینی موارد مشابهی دارند. سرانجام، به نظر من، اگر تنش قابل فهم در عمق بحث از لحاظ ساختاری ضبط و مهار شود، می‌تواند باعث کمک‌های ارزش‌مندی شود.

### رفتار بهداشتی و پیش‌گیری از طریق کاهش خطر

یکی از موضوعات محوری در روان‌شناسی سلامت، نقش رفتارهای بهداشتی یا «عوامل مربوط به سبک زندگی» در رشد بیماری و مرگ و میر زود هنگام و هم‌چنین کارآیی مداخلات پیش‌گیرانه کاهش خطر است. سیگار کشیدن، کم‌تحرکی، رژیم‌های غذایی پرچربی، چاقی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، فعالیت جنسی بدون کاندوم و روش‌های پیش‌گیرانه (مانند استفاده از کرم ضدآفتاب و کمر بند ایمنی، شرکت در معاینات پزشکی و مانند آن) نمونه‌هایی از رفتارها یا شرایط شدیداً تحت تأثیر رفتارها هستند که اثرات قابل توجهی بر تهدیدهای عمده بهداشت عمومی دارند. در واقع بسیاری از علل مهم بیماری‌های وخیم و مرگ زود هنگام (مانند بیماری قلبی عروقی، سرطان، اچ‌آی‌وی / ویروس مختل‌کننده دستگاه ایمنی انسان [ایدز]) به میزان قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر این قبیل رفتارها هستند. از این رو، شناخت عوامل مؤثر بر رفتار بهداشتی، فرایند تغییر در رفتار بهداشتی و اثربخشی مداخلات مرتبط با آن، بخشی اساسی در پژوهش و برنامه‌ای کاربردی در روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری هستند.

## الگوهای سنجش رفتار بهداشتی

روشن است که موضوعات مربوط به ایمان و سلامت با مسئله رفتار بهداشتی مرتبط اند. به عنوان مثال، مشارکت در برخی از عقاید دینی، باعث کاهش مواجهه با خطرات رفتاری می‌شود. به علت ممنوعیت مصرف توتون و الکل، بعضی از گروه‌های دینی، کمتر با خطرات برخی بیماری‌ها و برخی علل مرگ مواجه می‌شوند. اما کم‌اند افرادی که گام دیگری بردارند و فقط به این دلیل به مشارکت در گروه‌های دینی توصیه کنند. قطع نظر از عضویت در فرقه‌های دینی خاص که در آنها برخی از مخاطرات رفتاری ممنوع اعلام می‌شود، آیا مسائل ایمانی با رفتار بهداشتی در ارتباط هستند؟ ویلیس، والستون و جانسون (فصل ۹ همین کتاب) شواهدی فراهم می‌آورند مبنی بر این که قضیه در مورد یکی از گروه‌های سنی بسیار مهم صدق می‌کند. آنها شواهد را مرور می‌کنند و از یافته‌های جدید خبر می‌دهند که در میان نوجوانان، عقاید دینی و کنار آمدن دینی<sup>۲</sup> با مسائل و مشکلات، در واقع با نغمی مثبت‌تر از رفتارهای بهداشتی پیوند دارند. مصرف توتون و الکل در نوجوانی علامت کلیدی در معرض این مخاطرات رفتاری در بزرگ‌سالی قرار گرفتن بوده و در نهایت علامت کلیدی خطر بیماری سرطان، بیماری قلبی-عروقی و سایر منابع بیماری حاصله [از آن عوامل] هستند. هم‌چنین مصرف الکل و درگیر شدن در رفتارهای جنسی خطرآفرین، سلامتی در نوجوانی را در معرض خطر فوری قرار می‌دهند. از این رو، شواهد هم‌بسته نشان می‌دهند که مشارکت دینی ممکن است تأثیرات سودمندی بر رفتارهای بهداشتی داشته باشد.

پژوهشی که ویلیس و همکاران ارائه دادند، نقاط قوت بالقوه و چالش‌های موجود در تحقیقات رفتار بهداشتی را روشن کرد. ویلیس و همکاران علاوه بر یافته‌های دل‌گرم‌کننده، به هنگام بحث و ارزیابی سازه‌های<sup>۳</sup> دینی، سطح توجه درخور ستایشی را به وضوح مفهومی و ویژگی‌های روان‌سنجی معیارها نشان دادند. تعاریف و الگوهای مفهومی واضح و نیز شواهد قانع‌کننده از روایی سازه<sup>۴</sup> پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی رفتارهای بهداشتی، در این حوزه پژوهشی ضروری هستند (Smith & Ruiz, 1999; Weinstein, 1993; Weinstein, Rothman, & Sutton, 1998). به علاوه، در روایی سازه معیارهای مفاهیم معنوی و دینی، باید نشانه‌ای از روایی هم‌گرا<sup>۵</sup> و روایی افتراقی<sup>۶</sup> یا واگرا<sup>۷</sup> موجود باشد. در بسیاری از حوزه‌های پژوهشی

رفتار بهداشتی، توضیح این که معیارهای خاص چه سازه‌هایی را می‌سنجند یا نمی‌سنجند، در جمع‌آوری یک مجموعه انباشتی نظام‌مند دانش یک مؤلفه ضروری اما با کمال تأسف نادیده گرفته شده است (Smith & Rhodewalt, 1992; Smith & Ruiz, 1999). اغلب اوقات، «نظریات پیش‌پا افتاده‌ای» که به روابط میان مفاهیم و عمل‌کردهای پژوهش می‌پردازند، در برنامه‌های پژوهشی‌ای که اساساً مربوط به «نظریات مهم» درباره چگونگی ارتباط سازه‌ها با یکدیگر هستند، مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند. توجه ناکافی به این مسائل، پیامدهای منفی متنوعی به بار می‌آورد. برای نمونه، سازه‌های دینی، معنوی یا رفتار بهداشتی، ممکن است به نام‌ها و تعاریف بسیار متفاوت، با معیارهایی ارزیابی شوند که از لحاظ روان‌سنجی غیرقابل تشخیص هستند. این شیوه اساساً به پیوندهایی پر از تکرار مکررات میان آن‌چه سازه‌های متمایز نامیده می‌شوند و نیز به کشف مجدد روابط ریشه‌دار از طریق استفاده از مقیاس‌های به‌شدت متداخل با نام‌های متفاوت، منجر می‌گردد. این مشکل منحصر به ارزیابی مفاهیم معنوی و دینی نیست، که مشکلی در بسیاری از حوزه‌های پژوهش روان‌شناسی سلامت بوده است. با این حال، هم‌چنان که روان‌شناسی بهداشت در این حوزه گسترش می‌یابد، توجه به این مسئله می‌تواند در احتراز از محدودیت‌های سایر حوزه‌های پژوهش مدد برساند. همان‌گونه که تورسن، هریس و او من (فصل ۲ همین کتاب)<sup>۸</sup> و شرمین و سیمنتن (فصل ۶ و ۷ همین کتاب)<sup>۹</sup> نظر داده‌اند، محققان دین و سلامت، این مسئله بنیادی روش‌شناختی را مورد تأیید قرار می‌دهند.

نظریات و پژوهش‌های سابق در زمینه دین، سرمایه‌ای گران‌بها در توصیف و ارزیابی سازه‌های کلیدی خواهند بود. با این وجود، توجه موشکافانه به مسائل روان‌سنجی ممکن است با ویژگی‌های غالباً پیچیده و دقیق فعالیت‌های دینی و معنوی ناسازگار باشد. چیربان (فصل ۱۱ همین کتاب)<sup>۱۰</sup> غنا و ظرافت این حوزه مفهومی را مطرح می‌کند و باید دقت زیادی در کاربرد ابزار غالباً کند روان‌سنجی برای بهره‌مندی مناسب از این حوزه مبذول داشت. شاید بتوان یک نظام نمره‌گذاری را اخذ و اقتباس کرد تا با روش پژوهش بالینی نیمه‌ساختاری‌ای که او توصیف می‌کند، همراه شود. این ارزیابی ممکن است به نوبه خود به منزله یک معیار رواسازی مشترک، برای مقایسه و مقابله معیارهای خودسنجی (گزارش شخصی) کم‌هزینه‌تر این سازه‌ها مورد استفاده قرار گیرد. در جای دیگر (فصل ۱۶ و فصل ۱ همین کتاب) چشم‌انداز مفهومی این حوزه

و ابزارهای ارزیابی مرتبط بررسی می‌شوند. درک دقیق نقاط قوت و ضعف این شیوه‌ها در طراحی و تفسیر پژوهش در باب تأثیر دین و معنویت بر رفتارهای بهداشتی اهمیت دارد. البته، استفاده از معیارهای پایا<sup>۱۲</sup> و روا<sup>۱۳</sup> برای رفتارهای بهداشتی نیز ضروری است. رفتارهای بهداشتی فردی نه با یک دیگر دقیقاً هم‌بستگی دارند و نه در طول زمان از ثبات زیادی برخوردار هستند (Norris, 1997). افرادی که از رژیم غذایی پرچربی استفاده می‌کنند ممکن است به طور منظم ورزش کنند یا نکنند و چه بسا رژیم غذایی آن‌ها به طور قابل ملاحظه‌ای با گذشت زمان نوسان داشته باشد. از این رو، پژوهش‌ها به جای ابتناء بر مفهوم «سبک زندگی» کلاً و دائماً بهداشتی یا غیربهداشتی، باید بر شالوده‌الگوی از رفتارهای بهداشتی مشخص و متغیر استوار گردند. بنابراین، طرح‌های پیش‌رو صرفاً به سبب اطلاع‌رسانی زیادشان درباره مسیر علیت احتمالی که زیربنای روابط میان متغیرهای روانی-اجتماعی و رفتارهای بهداشتی است، ارزشمند نیستند؛ این گونه طرح‌ها در مقام فراهم‌آوری اطلاعاتی درباره ثبات اثرات در طول زمان نیز گران‌بها هستند. دانش و شناخت عمومی گسترده‌ای در مورد نقش رفتار در سلامت وجود دارد. تقریباً همه «می‌دانند» که سیگار کشیدن، مصرف زیاد روغن اشباع‌شده در غذا، عدم تحرک و مصرف بیش از حد الکل، برای سلامتی زیانبار است. این واقعیت، ارزیابی رفتارهای بهداشتی از طریق خودسنجی‌ها را بالقوه نگران‌کننده می‌سازد. خودسنجی رفتارهایی که عموماً غیربهداشتی و بالقوه نامطلوب تشخیص داده می‌شوند، باعث این احتمال می‌شود که این گونه مقیاس‌ها از آمیزه ناشناخته‌ای از رفتار واقعاً بهداشتی و پاسخ مطلوب اجتماعی استفاده می‌کنند. این تمایل روش‌شناختی در زمینه پژوهش در باب دین و معنویت با این احتمال که معیارهای آن‌سازه‌ها به واکنش‌های پیش‌داورانه یا تصنعی آلوده باشند، تشدید می‌شود (فصل ۶ همین کتاب)<sup>۱۴</sup>. از این رو، می‌توان هم‌بستگی‌هایی را که میان خودسنجی‌های عقاید و اعمال دینی و معنوی و خودسنجی‌های رفتار بهداشتی وجود دارد، از طریق روش‌های خودساخته مشترک که کاملاً یا تا حدودی بازتاب اثر «متغیر سوم»، یعنی پاسخ از نظر اجتماعی، مطلوب است، افزایش داد. علی‌الخصوص، در مطالعاتی که در جامعه بزرگ صورت می‌گیرد، وارد کردن معیارهای قانع‌کننده‌تر در مورد رفتارهای بهداشتی امکان‌پذیر نیست. با این همه، معیارهایی که صرفاً بر خودسنجی‌ها تکیه نمی‌کنند، امکان آزمون‌های قوی‌تری را برای فرضیه‌های پژوهش فراهم می‌آورند.

ارزیابی روایی داده‌ها و نتایج مطالعات مربوط به تأثیرات دینی و معنوی بر رفتار بهداشتی، ضروری است، اما آنها تنها ویژگی‌های حیاتی پژوهش قوی در این زمینه نیستند. الگوهای مفهومی در این حوزه معمولاً از سازوکارهایی نام می‌برند که از طریق آنها متغیرهای دوربرد<sup>۱۵</sup> مانند دین و معنویت، رفتار بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هم‌چنین این سازه‌ها (برای مثال، ارزش‌های سلامتی، رفتارهای کنار آمدن و غیره) را باید با توجه به تأثیرات تصنعی مشترک و هم‌پوشی ناخواسته با معیارهای مربوط به سایر سازه‌ها، به طور مؤثر ارزیابی کرد. وانگهی، رویکردهای آماری مورد استفاده برای ارزیابی این الگوها باید با فرضیه‌های مفهومی، همانند بحث‌هایی در باب ارزیابی متغیرهای مداخله‌گر<sup>۱۶</sup> و تعدیل‌کننده<sup>۱۷</sup> (Baron & Kenney, 1986; Holmbeck, 1997) متناسب باشند. گه‌گاه، الگوها صراحتاً از فرایندهایی مرتبط با زمان مانند مراحل تغییر در رفتارهای بهداشتی نام می‌برند. این الگوها موجب چالش‌های بیشتری در طراحی و تحلیل می‌شوند (Weinstein et al., 1998). بسیاری از تغییرات رفتار بهداشتی جنبه‌های موقتی روشنی دارند، همانند پایداری ضعیف برخی از تغییرات (مانند ترک سیگار و کاهش وزن). آزمون‌هایی که پیش‌بین‌های دینی و معنوی در طی آنها تغییرات اولیه را می‌سنجند، ممکن است اطلاعاتی دربارهٔ مسائل بسیار مهم‌تر راجع به پایداری آنها فراهم آورند یا فراهم نیاورند. ماهیت بالقوه ناپایدار فعالیت دینی، شک و تردیدهایی را که جنبه‌های موقتی طرح پژوهشی موجب شده‌اند، پیچیده‌تر می‌کند.

هرچند پیوندهای به لحاظ آماری مهم، قطع‌نظر از میزان اهمیت آنها، غالباً اهمیت نظری دارند، پژوهش‌های در باب رفتار بهداشتی اساساً از یک علاقه عملی نشأت می‌گیرند. [وجود] هدف فراگیر برای کاهش رفتار غیربهداشتی و در نتیجه بهبود سلامت عمومی باعث می‌شود که میزان تأثیرگذاری (یعنی برآوردهای قوت و استحکام پیوند) اهمیت پیدا کند. در واقع، اوج اهمیت پژوهش‌های رفتار بهداشتی در محصول میزان تأثیرگذاری<sup>۱۸</sup> چندگانه در حلقه‌های مختلف این زنجیره، از عوامل تعیین‌کننده رفتار بهداشتی و اثربخشی غالباً محدود مداخلات<sup>۱۹</sup> در رفتار متغیر گرفته، تا میزان تأثیر رفتار بهداشتی بر آن‌چه که معمولاً بیماری‌های چندعاملی هستند، انعکاس دارد (R. M. Kaplan, 1984). سرانجام، اهمیت نسبی رفتارهای بهداشتی مختلف و عوامل تعیین‌کننده آنها ممکن است در طول حیات و به تبع جنس، نژاد، و وضعیت اقتصادی-اجتماعی دگرگون شوند. از این‌رو، ارزیابی‌های مربوط به نقش عوامل دینی و معنوی

در رفتارهای بهداشتی باید به مسائلی مانند روانی برون‌ی<sup>۲۰</sup> یا تعمیم‌پذیری این ابعاد توجه کنند. افزون بر این، خود تأثیر عوامل دینی و معنوی ممکن است به تبع محیط یا فرقه دینی خاصی تفاوت داشته باشد.

### ارزیابی مداخلات کاهنده خطر

دست آخر، مجموعه نظام‌مند و انباشتی‌ای از شواهد که توصیف می‌کنند آیا عوامل دینی و معنوی بر رفتار بهداشتی تأثیر می‌گذارند یا نه، و اگر می‌گذارند، چگونه تأثیر می‌گذارند. می‌توانند ارزیابی و اجرای مداخلات پیش‌گیرانه کاهنده خطر را هدایت کنند. روشن است که شواهد مربوط به تأثیر عوامل دینی بر رفتار بهداشتی، معنادار و حتی ترغیب‌کننده‌اند، اما به هیچ وجه قطعی نیستند. شواهد پژوهشی موجود در خصوص سازوکارهایی که از طریق آنها این عوامل بر رفتار بهداشتی تأثیر می‌گذارند، حتی بسط و گسترش نیافته‌تر هستند. از این رو، مبنای پژوهش تا آن حد که شالوده‌روشنی برای مداخلات فراهم سازد، شکل نگرفته است.

با این همه، این قبیل مداخلات پیشنهاد شده‌اند و برخی از آنها دست‌کم مورد ارزیابی مقدماتی قرار گرفته‌اند (A.H. Harris, Thoresen, McCullough, & Larson, 1999). بعلاوه، برخی از بخش‌های جامعه خواهان آن دسته از رویکردهای تغییر رفتار بهداشتی هستند که بر مبنای عقاید دینی و معنوی استوار است یا دست‌کم با آنها سازگاری دارد (Miller, 1999). در برخی از سازمان‌ها مانند «الکلی‌های گمنام» یا برنامه‌های دوازده مرحله‌ای ترک مصرف افراطی مواد، این گونه مداخلات تاریخچه طولانی و آثار مکتوب پژوهشی گسترده، اگر نگوئیم قطعی، دارند. با وجود این، کاربرد بالینی مداخلاتی که مؤید تجربی ندارند، چنان‌که بعداً بدان می‌پردازیم، بالقوه مشکل‌آفرین است. علاوه بر این، ارزیابی تجربی مداخلات دینی و معنوی در مورد تغییر رفتار بهداشتی‌ای که بر مبنای الگوهای تأیید شده نقش این عوامل، استوار نباشد، خطرات بیشتری به بار می‌آورد. مداخلات بی‌بهره از اصول اولیه پژوهش در باب عوامل تعیین‌کننده دینی و معنوی رفتار بهداشتی و سازوکارهای این تأثیرات، ممکن است ناکارآمد تلقی شوند، صرفاً به سبب این‌که بر عوامل نادرستی تأکید کرده‌اند. شواهد بر ناکارآمدی برنامه‌های نامناسب دینی و معنوی برای تغییر رفتار بهداشتی ممکن است بالقوه به مخالفت شتاب‌زده و گسترده با این رویکردها منجر شود. از طرف دیگر، مداخلاتی که سنجیده‌تر و نظام‌مندتر اخذ شده‌اند،



احتمال تأثیر آنها بیشتر است. از این رو، «شتاب مدافعان برای استفاده» [از این مداخلات] ممکن است در کاهش سرمایه‌گذاری برای آزمایش‌های بیشتر، حمایت از سوی ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی و پذیرش از سوی بیماران و متخصصان مراقبت درمانی، تأثیر تناقض‌آمیزی داشته باشد.

خواه مداخلات بر مبنای پژوهش حمایتی درباره تعیین‌کننده‌های رفتار بهداشتی و فرایند یا سازوکارهای تغییر رفتار بهداشتی استوار باشند یا نباشند، پژوهش در باب اثربخشی مداخلات دینی و معنوی باید از ویژگی‌های روش‌شناختی متعارف در مطالعه مداخلات ارتقادهنده سلامت استفاده کنند. واضح است که برخی از مسائل توصیف شده در این جا، از قبیل ارزیابی مناسب پیامدهای رفتار و توجه به تعمیم‌پذیری نتایج در متغیرهای جمعیت‌شناختی مهم، با یک‌دیگر مرتبط هستند. سایر مسائل مابه‌الاشتراک همه مطالعات مداخله‌بالینی نیز به بحث ارتباط دارند، مانند انتخاب گروه‌های مقایسه‌ای مناسب (Chambless & Hollon, 1998)، یکپارچگی تفاهم‌نامه‌های مداخله (Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993)، حفظ و تداوم تغییرات رفتاری، اهمیت بالینی یا عملی تأثیرات مداخله، و کنترل کمی فرسایش<sup>۲۱</sup> (Kendal, Flannery, Schroeder, & Ford, 1999).

مطالعات مداخله هم‌چنین فرصت‌های منحصر به فردی را برای آزمون‌های تجربی الگوهای رفتار بهداشتی فراهم می‌آورند. به منظور بهره‌برداری از این فرصت، باید متغیرهای مداخله‌گر (یا تبیین‌گر<sup>۲۲</sup>) مربوطی را که در الگوی مفهومی زیربنایی معین شده‌اند، مورد ارزیابی قرار داد و تحلیل‌های واسطه‌ای مناسب<sup>۲۳</sup> درباره تأثیرات مداخله را به انجام رسانید. پژوهش‌های انجام گرفته درباره تغییر رفتار بهداشتی، علاوه بر اهمیت بالینی و عملی مداخلات، مسئله پیچیده اثربخشی<sup>۲۴</sup> (Freidman, Subel, Meyers, Caudill, & Benson, 1995; R.M. Kaplan, 2000; Yates, 1994) را نیز به‌ویژه در پرتو منابع مراقبت درمانی به‌طور فزاینده مورد بررسی قرار می‌دهند. در این مورد، آشکارا سؤال مطرح می‌شود: آیا منافع مداخلات معنوی و دینی برای تغییر رفتار بهداشتی نسبت به شیوه‌های جاری، برای توجیه ارزش مندی آنها کفایت می‌کند؟ با توجه به پختگی برخی از این حوزه‌های پژوهشی، «میل» روش‌شناختی [در نمودار رسم شده] برای بسیاری از موضوعات [مورد بررسی] در پژوهش تغییر رفتار بهداشتی در نقطه کاملاً بالایی قرار می‌گیرد (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg, & Williams, 1998) و مدافعان آوردن موضوعات دینی

و معنوی باید دقت کنند که ویژگی های حسّاس طراحی و تحلیل را در [پژوهش] وارد کنند. گاهی اوقات در پژوهش تغییر رفتار بهداشتی، مداخلات به سوی گروه های بسیار بزرگ از قبیل محل کار یا حتی کل جامعه هدایت می شوند (Hancock, Sanson-Fisher, & Redman, 1997). ارزیابی این قبیل رویکردها با مشکل پیچیده برنامه ریزی و تحلیل آن چه که غالباً طرح های شبه آزمایشی<sup>۲۵</sup> می باشند، روبه رو هستند (Cook & Campbell, 1979). سازمان دادن اجتماعی فعالیت های دینی برای این شکل از مداخله مناسب است. در واقع، نهادهای دینی، منابع سلامت عمومی مهمی را برای پیش گیری و تغییر رفتار بهداشتی فراهم می آورند که اغلب توأم با منافع اساساً متناسب تر برای گروه های جمعیتی خاص است (به طور نمونه مداخلات مربوط به چاقی در مورد زنان سیاه پوست امریکا). اگر قرار است این گونه مداخلات از خدمات رسانی فراتر روند و به کار مأموریت های پژوهشی بیایند، باید به شک و تردیدهای اضطراب آوری که در این نوع طرح ها و تحلیل های پژوهشی وجود دارد، نیز پردازند. (Hancock et al., 1997).

### فشار روانی [استرس] و بیماری

بی تردید یکی از بحث انگیزترین یافته های پژوهش های اخیر در باب دین و معنویت در روان شناسی سلامت و پزشکی رفتاری<sup>۲۶</sup>، از مطالعات همه گیری شناختی نشأت می گیرد؛ حتی هنگام کنترل رفتارهای بهداشتی (مانند [کنترل] استعمال دخانیات و مصرف الکل)، به نظر می رسد شرکت در فعالیت های دینی، با افزایش طول عمر و کاهش خطر بیماری شدید مرتبط است (McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000; Thoresen et al., Chapter 3, this volume). این یافته، نمونه ای از دومین موضوع عمده روان شناسی سلامت؛ یعنی تأثیرات فشار روانی، هیجانانگیز و عوامل روانی مرتبط با آنها بر رشد بیماری است. شرایط تنش زای زندگی، ویژگی های شخصیتی، رفتار کنار آمدن و ویژگی های محیط اجتماعی، سلامت جسمی را مستقیماً و نه از طریق تأثیرات مداخله گر رفتارهای بهداشتی، احتمالاً از طریق هم بسته های روان شناختی فشار روانی و هیجان منفی، تحت تأثیر قرار می دهند (Loyallo, 1997). این موضوع از زمان آغاز به کار روان شناسی سلامت و پزشکی رفتاری ویژگی محوری آنها بوده است و علاقه بخش بزرگی از مردم به آنها را توجیه

می‌کند. الگوی زیربنایی این حوزه پژوهشی با این فرض شروع می‌شود که ارزیابی شناختی یک فرد از محیط در حکم امری که موجب تهدید یا مطالبه مهمتی می‌شود، باعث تغییرات فیزیولوژیکی در افراد می‌گردد. اگر این تغییرات فیزیولوژیکی به قدر کافی طولانی، شدید و مکرر باشند، ممکن است باعث تشدید بیماری شوند. علاوه بر این، ویژگی‌های شخصیتی (مانند خشم یا دشمنی مزمن) و شرایط اجتماعی (مانند حمایت اجتماعی) با تغییر در فراوانی یا گستردگی پاسخ‌های فیزیولوژیکی، برخی از افراد را در معرض خطر بیشتر یا کمتر بیماری ناشی از فشار روانی قرار می‌دهند. تأثیرات فشارهای روانی و فرایندهای روان‌شناختی مربوط، به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته‌اند و در دو حوزه کلی یعنی تأثیرات فشار روانی بر دستگاه قلبی-عروقی (Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999) و بر دستگاه ایمنی بدن (Rabin, 1999) به بهترین نحو قابل شناسایی هستند.

در حال حاضر چهار راهکار پژوهشی کلی در این حوزه به کار گرفته می‌شوند. در ناپخته‌ترین حوزه، یعنی پژوهش مقطعی، کنترل موردی انسانی<sup>۲۷</sup>، ویژگی‌های روان‌شناختی افراد دارای یک بیماری خاص و بدون آن مقایسه می‌شوند. این رویکرد روش شناختی محدود است، زیرا متغیرهای روانی-اجتماعی ممکن است تحت تأثیر رشد بیماری قرار گیرند و در نتیجه باعث شوند که این طرح کاملاً دست‌خوش ابهام درباره سمت و سوی علیت و تهدیدهای دیگر در مورد روایی درونی<sup>۲۸</sup> قرار گیرد (Cohen & Rodriguez, 1995). در رویکرد دوم، یعنی پژوهش همه‌گیری شناختی انسانی متغیرهای روان‌شناختی در گروه‌هایی از افراد ارزیابی می‌شوند و پس از یک دوره تکمیلی ارتباط این عوامل با سلامت متعاقب آن بررسی می‌گردد. توجه به این نکته حائز اهمیت است که بسیاری از پژوهش‌های آینده‌نگر<sup>۲۹</sup> در زمینه سازه‌های روان‌شناختی و سلامت بر مبنای نمونه‌گیری [گیری]های کوچک یا گزینشی استوار هستند. از این رو به معنای متعارف این اصطلاح، مطالعات همه‌گیری شناختی نیستند. اما، در مرحله ابتدایی برخی از حوزه‌های پژوهشی، حتی مطالعات کوچک بر روی نمونه‌های دم‌دستی ممکن است سودمند باشند. پژوهش حیوانی، سطحی از دست‌کاری تجربی فشار روانی محیطی و ارزیابی‌های تهاجمی بر روی فرایندهای بیماری را که بی‌تردید در پژوهش انسانی غیر اخلاقی هستند و از این رو، مکمل مهمی در پژوهش انسانی به شمار می‌آیند، ممکن می‌سازد. و بالاخره، پژوهش سازوکار انسانی<sup>۳۰</sup> تأثیر فشار روانی و عوامل شخصیتی یا اجتماعی مرتبط با آن را بر تغییرات فیزیولوژیکی که اعتقاد بر

این است که آنها را با بیماری پیوند می‌دهد، بررسی می‌کند.

دو مورد از این راهکارهای کلی مسلماً برای پژوهش در زمینه تأثیر بالقوه عوامل دینی و معنوی بر فرایندهای بیماری نامناسب هستند. به دلایل روشنی بعید است که الگوهای حیوانی ارزش مند در مورد دین بسط و گسترش یابند، و تأثیر بیماری وخیم بر فرایندهای دینی و معنوی نیز آن قدر متعارف است که مقایسه مقطعی گروه‌های بالینی اطلاعات آفرین نیست. به عبارت دیگر، سطوح بالای التزامات دینی بیمارانی که بیماری شدید دارند در مقایسه با بیمارانی که وضع سلامتشان تحت کنترل است، دست کم همان قدر که احتمال دارد نشان‌دهنده پیامد بیماری باشد، احتمال هم دارد که علت بیماری باشد. در باب سایر رویکردها، چالش‌های روش شناختی روشنی در پژوهش در باب پیامدهای سلامتی ناشی از ایمان وجود دارد.

#### مطالعات همه‌گیری شناختی دین، معنویت و سلامت

پژوهش همه‌گیری شناختی را می‌توان اساساً پژوهشی توصیفی قلمداد کرد. تشخیص عوامل پیش‌بین روانی-اجتماعی قابل اعتماد میزان بیماری و مرگ و میر، مفید است، حتی اگر متأثر از الگوهای مفهومی‌ای که چگونگی تأثیر این عوامل را بر سلامت نشان می‌دهند، نباشد. اما در روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری جاری این قبیل الگوها را به طور فزاینده‌ای یکی از لوازم تلقی می‌کنند. در ساده‌ترین سطح، راه‌ها یا سازوکارهایی که عوامل خطر روانی و سلامت را به هم ربط می‌دهند دست کم باید به طور کلی توصیف شده باشند و باید از لحاظ پزشکی پذیرفتنی باشند. علاوه بر این، با توجه به این که بیشتر بیماری‌های مهم عوامل مربوط به آسیب‌شناسی فیزیولوژیکی چندگانه دارند که در طول زمان تغییر می‌کنند، الگوهای مربوط به عوامل روانی-اجتماعی‌ای که بر بیماری‌ها تأثیر می‌گذارند باید به تاریخچه طبیعی فرایندهای بیماری توجه کنند. تاکنون پژوهش همه‌گیری شناختی در باب تأثیرات درگیری دینی و معنوی بر سلامت به اندازه کافی بر پایه این گونه الگوها استوار نبوده است. مسلماً ارتباط‌های ساده آماری بین این سازه‌ها و سلامت متعاقب آنها آن قدر مهم و بدیع هستند که به الگوهای کامل‌تری در این مرحله نیاز نباشد. لیکن، این قبیل تحلیل‌ها باید سر و سامان یافته باشند تا به تأثیرات مصنوعی آشکار بر رابطه میان ایمان و سلامت توجه نکنند (Sloan, Bagiella, & Powell, 1999, and Chap-ter 14, this volume). هرگاه مشاجره جاری بر سر این که آیا ارتباط اساسی همه‌گیری شناختی

مستحکم و معتبر است یا نه، فیصله یافت (see Thoresen et al., Chapter2; McCullough, Chapter3; and Sloan et al., Chapter14, this volume)، پیش‌رفت بیشتر در مطالعه پیامدهای سلامتی دین و معنویت مستلزم الگوهای کامل‌تری خواهد بود. نمونه‌ای که تورسن، هریس و او من عرضه کردند، نقطه آغاز ارزش‌مند در این خصوص است.

بحث پیشین درباره ضرورت مطلق تعاریف مفهومی شفاف از متغیرهای پیش‌بین دینی و معنوی و شواهد قانع‌کننده درباره روایی و پایایی (یعنی هم‌گرایی و واگرایی) معیارهای مرتبط با آنها در پژوهش رفتار بهداشتی، در مطالعات همه‌گیری شناختی آثار و پیامدهای سلامتی این سازه‌ها بسیار حائز اهمیت است. تاریخچه پژوهش درباره پیش‌بین‌های روانی-اجتماعی سلامت چندین نمونه را دربرمی‌گیرد که توجه ناکافی آنها به تعاریف مفهومی و روایی ابزارهای ارزیابی، سد راه پیش‌رفت نظام‌مند شده است (Funk, 1992; Rhodewalt & Smith, 1991). اطمینان به تفسیر ارتباطات آماری میان معیارهای مربوط به متغیرهای دینی و معنوی و سلامت متعاقب آن، مستقیماً با روایی ارزیابی‌های این سازه‌های روانی-اجتماعی مرتبط است. بازنگری‌های مطالعات آینده‌نگر مندرج در این کتاب نظرات جالب توجهی درباره اهمیت این مسئله به دست می‌دهد، مانند احتمال این که مشارکت عمومی در فعالیت دینی نسبت به فعالیت دینی خصوصی‌تر عامل پیش‌بین قاطع‌تر سلامت متعاقب آن است. در این قبیل موارد، روشنی و دقت در ارزیابی به ما امکان می‌دهد که الگوهای سازوکارهایی که این عوامل پیش‌بین را با سلامت مرتبط می‌سازند، بپیراییم.

متغیرهای دینی و معنوی ممکن است با دو دسته کاملاً مطالعه شده از عوامل روانی-اجتماعی خطر؛ یعنی ویژگی‌های شخصیتی و روابط اجتماعی، هم‌پوشی داشته باشند. از این رو، به نظر می‌رسد که در فرایند ارزیابی اندازه‌گیری، بررسی رابطه معیارهای دینی و معنوی با معیارهای هنجار شده این حوزه‌ها حائز اهمیت باشد. پژوهشی از این دست می‌تواند محققان را از موارد احتمالی‌ای که در آنها تأثیرات شخصیت، روابط اجتماعی، دین و معنویت هم‌پوشی دارند، مطلع کند و در نتیجه به پیش‌رفت آثار مکتوب منسجم و مکتوبات ناخواسته زائد در باب عوامل پیش‌بین روانی-اجتماعی سلامت مدد برساند. در حوزه شخصیت، پذیرش رو به رشد طبقه‌بندی پنج‌عاملی ویژگی‌های شخصیت<sup>۳۱</sup> (Digman, 1990) ابزار ارزش‌مندی برای این دست از مقایسه‌ها و مقابله‌های منسجم فراهم می‌کند. ابزارهای کاملاً رواسازی شده ارزیابی پنج

عاملی، در یک فضای مفهومی شناخته شده، فرصتی برای شناسایی جنبه‌های منحصر به فرد و ممیز تفاوت‌های فردی مرتبط با سلامت فراهم می‌آورند (Smith & Williams, 1992; Gallo & Smith, 1998). در مطالعات مربوط به هم‌بسته‌های اجتماعی متغیرهای دینی و معنوی، باید توجه داشت که معیارهای روایی ویژگی‌های مثبت (مانند حمایت اجتماعی) و منفی (مانند تعارض اجتماعی) محیط اجتماعی را منظور کرد، زیرا هر دو ویژگی با سلامت مرتبط هستند و هر دو ممکن است هم‌بسته‌های مهم التزام دینی و معنوی باشند. بررسی این ارتباطات بالقوه به عمیق‌تر شدن شناخت ما از معیارها کمک می‌کند و اطلاعاتی درباره چگونگی تأثیر احتمالی فرایندهای دینی و معنوی بر سلامت فراهم می‌آورد.

ماهیت ارزیابی نتایج سلامتی نیز به همین میزان مهم است. مطالعات در باب مرگ و میرها، نتایجی با اعتبار و اهمیت روشن دارند، هرچند تحلیل مرگ و میر به هر علت (یعنی تلفیق همه علل مرگ) می‌تواند فرایند ایجاد الگوهای مفهومی را به سبب وجود سازوکارهای احتمالاً ناهمگن که از رهگذر آنها عوامل روانی-اجتماعی بر مرگ و میر عمومی تأثیر می‌گذارند، پیچیده‌تر سازد. به همین سان، نتایج پزشکی مستند (مانند تشخیص تأیید شده انفارکتوس ماهیچه قلب یا سرطان) نیز معمولاً کاملاً روا هستند و بسیاری از حوزه‌های پژوهشی از معیارهای کلی برای کمی‌سازی یا طبقه‌بندی این نتایج برخوردارند. از این مشکل‌سازتر، استفاده از خودسنجی‌های سلامت یا سایر معیارهایی است که رفتار بیماری را منعکس می‌کنند و نه خود بیماری را (مانند وقت‌های ملاقات با پزشک، مرخصی با حقوق بیمار). معیارهای رفتار بیماری مسلماً سلامت واقعی را نشان می‌دهند. برای مثال، خودسنجی‌های سلامت، مرگ و میر متعاقب را پیش‌بینی می‌کنند، حتی هنگامی که پزشک میزان سلامتی را تحت نظر داشته باشد (G.A. Kaplan & Camacho, 1983). اما انطباق میان معیارهای رفتار بیماری و بیماری واقعی به هیچ‌وجه کامل نیست و ظاهراً فقدان هم‌پوشی به سازه‌های روان‌شناختی مختلفی مربوط است. به طور مثال، خودسنجی‌های مربوط به علائم جسمانی بیش از بیماری واقعی با ساختار شخصیت روان‌رنجور خوبی<sup>۳۲</sup> یا هیجان‌پذیری منفی<sup>۳۳</sup> هم‌بستگی پایایی دارد (Costa & McCrae, 1987; Watson & Pennebaker, 1989). اگر هم‌بستگی میان معیارهای دینی و معنوی و هیجان‌های منفی به یک میزان است، در این صورت، ظاهراً ارتباط میان مشارکت در فعالیت دینی و معنوی و سلامت جسمی، واقعاً می‌تواند آثار روان‌رنجور خوبی را بر اظهار

ناراحتی‌های جسمانی بی‌اساس نشان دهد. اهمیت این مسئله در پژوهش‌های بازبین شده پلانیت و شارما مورد تأکید قرار گرفته است. در این پژوهش‌ها معیارهای دینی همواره با معیارهای هیجان‌پذیری منفی مرتبط شده‌اند. مسلماً، سلامت ذهنی رکن مهمی در کیفیت زندگی است و از این رو، پیامدی است که ارزش آن را دارد که مستقلاً بررسی شود. با وجود این، ضروری است که هرگاه سلامت خودسنجی شده به عنوان یک پیامد، مورد استفاده قرار می‌گیرد، تفسیرهای مناسب و احتیاط‌آمیزی از آن صورت بگیرد.

حتی‌هنگامی که شاخص‌های روانی-اجتماعی و پیامدهای سلامتی در مطالعات آینده‌نگر با نمونه‌های بزرگ و مشخص به کار گرفته می‌شوند، طرح ذاتاً هم‌بسته این مطالعات، احتیاط‌های تفسیری بیشتری را پیش می‌کشد. اثرات مثبت تنها القا می‌کنند که آن چیزی که با معیار روان‌شناختی به فهم درمی‌آید یا با معیار روان‌شناختی هم‌بسته است، سلامتی متعاقب را پیش بینی می‌کند. این که از لحاظ علمی استنباط بیشتر چه قدر مناسب است، به ویژگی‌های دیگر این طرح و تحلیل بستگی دارد، اما نتیجه‌گیری‌های علمی محکم از این دست که از توصیه‌های بالینی برای مداخلات مشخص حمایت می‌کنند، هرگز مناسب نیستند. متغیرهای سوم به مراتب بسیار زیادی وجود دارد که بالقوه می‌توانند تأثیرات ظاهری و فرایندهای دینی بر سلامت را توجیه و تعلیل کنند. از لحاظ روش‌شناختی، جهش از یافته‌های هم‌بستگی همه‌گیری‌شناختی به سوی گستره‌ای از ابهامات علی در توصیه‌های بالینی توجیه‌بردار نیست (e.g. Koenig, 1997). دور از انتظار نیست که کسانی که به چنین کاری مبادرت می‌ورزند با انتقادهای شدید مواجه شوند (فصل ۱۴ همین کتاب).

طیف سومین دسته متغیرها که می‌توانند بالقوه دلیل ارتباط ظاهری میان عوامل دینی و معنوی و سلامت باشند، تنها مستلزم احتیاط تفسیری نیست، بلکه برنامه پژوهشی ارزش‌مندی را نیز تعیین می‌کند. روشن است که رفتارهای بهداشتی، ویژگی‌های شخصیتی و ابعاد محیط اجتماعی، گزینه‌هایی از این قسم از پژوهش هستند. به طور متعارف، راهکار تحلیل پژوهش همه‌گیری‌شناختی معطوف به سوی تعیین عوامل «مستقل» خطر است. برای مثال، گیریم که بسیاری از سیگاری‌ها از لحاظ جسمی بی‌تحرک باشند، آیا ارتباط آماری استعمال دخانیات با بیماری قلبی عروقی ناشی از آن به متغیر سوم، یعنی فعالیت بدنی وابسته نیست؟ در مورد همه‌گیری‌شناسی روانی-اجتماعی، این قبیل مسائل به صورت مناسب‌تری در قالب الگوی

سنجش بیان می‌شوند. آیا ممکن است واریانس<sup>۳۴</sup> مشترک با رفتار بهداشتی دلیل ارتباط میان شرکت در فعالیت دینی و میزان مرگ و میر باشد؟<sup>۳۵</sup> اگر چنین است پس این امر حاکی از آن نیست که مشارکت در فعالیت دینی برای سلامتی مهم نیست. در عوض، سازوکاری را برای تأثیرات متغیرهای دینی بر سلامت پیشنهاد می‌کند. اگر کنترل آماری رفتار بهداشتی نتواند تأثیرگذاری مهم مشارکت در فعالیتی دینی بر مرگ و میر را حذف کند، ممکن است وسوسه شویم که نتیجه‌گیری کنیم رفتارهای بهداشتی سازوکار مهمی نیستند. اما، اطمینان به این نتیجه‌گیری باید با این احتمال همراه باشد که [اعمال] محدودیت در ارزیابی رفتار بهداشتی به کنترل ناقص آماری این سازوکار می‌انجامد و بنابراین، این احتمال وجود دارد که تأثیر مداخله‌ای رفتار بهداشتی کاملاً اصلاح نشود.

با وجود این، داشتن رویکرد مقایسه‌ای نظریه-آزمون، به مسئله عوامل هم‌بسته خطر، ممکن است شناخت ما را از آن دسته از آثار و پیامدهای سلامتی که دین به ارمغان می‌آورد، افزایش دهد. برای مثال، آزمودن این فرضیه که مشارکت در فعالیت دینی بر سلامت تأثیر می‌گذارد، سودمند خواهد بود، زیرا این فرضیه میان مردمی که از «توافق» و «وظیفه‌شناسی» بالایی برخوردارند، متداول‌تر است و این ویژگی‌های شخصیتی، خطر بیماری و خیم را کاهش می‌دهند (Smith & Gallo, 2000). دیگر این که، فعالیت دینی ممکن است باعث رشد حمایت اجتماعی شود و این عامل حمایتی تثبیت شده، تأثیرات فعالیت دینی را توجیه و تعلیل می‌کند. سرانجام، تحولات اخیر در همه‌گیری‌شناسی روانی-اجتماعی تأثیرات «مکانی» را بر سلامت به اثبات رسانده است. برای مثال، وقتی منطقه [محلّه] و وضعیت اجتماعی-اقتصادی فرد اندازه‌گیری شوند، هر دو دارای یک ارتباط آینده‌نگر با آثار پیامدهای سلامتی هستند (e.g., Waizman & Smith, 1998). به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد اماکنی که در آن ساکن هستیم، فارغ از ویژگی‌های شخصی مان بر سلامتی مان تأثیر می‌گذارند. شاید مشارکت در فعالیت دینی شاخص چنین تأثیر «مکانی» ای باشد، به این معنا که مواجهه منظم فرد با یک جامعه امن و کمتر تهدیدکننده است که باعث افزایش سلامتی می‌شود و نه ویژگی‌های شخصی او. ارزیابی فرد و سطوح مکانی [محلّی] مشارکت در فعالیت دینی به همراه تحلیل داده‌های سلسله‌مراتبی شده، می‌تواند تأثیرات فردی دیانت‌پیشگی را از تأثیرات اجتماعی آن متمایز کند.

و دست آخر این که، در پژوهش همه‌گیری‌شناختی روانی-اجتماعی باید دقت کرد که



چگونه ممکن است عوامل خطر در میان گروه‌های جمعیتی مهم و در طول مدت بیماری متفاوت باشند. مسلماً لازم است که مشخص کنیم آیا تأثیرات این قبیل عوامل جمعیتی ارتباط میان عوامل دینی یا معنوی و سلامت ناشی از آن را توجیه و تعلیل می‌کند تا بتوان عوامل تصنعی را کنار گذاشت. اما عوامل جمعیتی می‌توانند ارتباط میان مشارکت در فعالیت دینی و معنوی و سلامت را نیز محدود [نعدیل] کنند. به طور مثال، به نظر می‌رسد تأثیرات مشارکت در فعالیت دینی بر مرگ و میر نسبت به زنان و مردان (McCullough, Chapter 3<sup>۶</sup>, this volum) و هم‌چنین از لحاظ نژاد، سن، جایگاه اجتماعی-اقتصادی و سطح سلامتی اولیه متفاوت باشد.

### پژوهش سازوکار

تا به امروز بررسی پژوهش‌های همه‌گیری شناختی در باب دین، معنویت و سلامت، این نتیجه‌گیری موقت را به دست می‌دهد که رفتارهای بهداشتی گزارش کاملی از این ارتباط فراهم نمی‌سازند، بلکه نوعی اثر کاهش دهنده یا مانع شونده فشار روانی فرض گرفته شده‌اند. اگر این عوامل در واقع یک دسته کلی از سازوکارهایی هستند که فرایندهای دینی و معنوی را با سلامت مرتبط می‌سازند، پس روابط عوامل دینی و معنوی یا فرایندهای فیزیولوژیک را باید با سند و مدرک به اثبات رساند. همان‌طور که تورسن، هریس و او من (فصل ۲ همین کتاب) ۳۷ به اجمال بیان کرده‌اند، فعلاً شواهد ارزش‌مند چندانی بر این ارتباط وجود ندارد. با این همه، رویکردهای مفهومی و روش شناختی فراوانی نسبت به مطالعه این ارتباطها موجود است. از این رو، شکاف نسبی در آثار مکتوب درباره ایمان و سلامت نیز کانونی مهم و معقول برای پژوهش‌های آینده است. روش‌شناسی‌های پیچیده‌ای برای بررسی تأثیر متغیرهای دینی و معنوی بر سازوکارهای روانی-زیست‌شناختی وجود دارد که می‌توانند آن متغیرها را با سلامت مرتبط سازند.

مطالعات آزمایشگاهی بنیاد، معمولاً متضمن دست‌کاری تجربی وظایف و تکالیف تنش‌زا یا چالش‌ها و ارزیابی سازوکارهای فیزیولوژیکی مفروض است. عامل روانی-اجتماعی خطر که ارتباط آن با سازوکارهای بیماری باید الگودار شود، بسته به پرسش پژوهش خاص مورد سنجش قرار گرفته یا دست‌کاری می‌شود. تغییرات قلبی-عروقی، عصبی-درون‌ریز و حتی تغییرات حاد دستگاه ایمنی [بدن] باید در قالب این الگو ارزیابی شوند. در این قبیل مطالعات باید دقت به خرج داد که فشارهای روانی (محرك‌های تنش‌زا) مناسب انتخاب کرد تا بتوان یک مدل آزمایشگاهی

معقول از فرایند فشار روانی پدید آورد. علاوه بر این، مسائل روش شناختی در مقام گردآوری و تحلیل پاسخ‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مرتبط (مانند واکنش‌های عاطفی، ارزیابی کار و غیره) در درجه اول اهمیت قرار دارند (برای مطالعه رجوع کنید به: Schneiderman, Weiss, & Kaufmann, 1989; Smith & Ruiz, 1999).

مطالعات آزمایشگاهی سازوکارهای فشار روانی حاد در کنترل تجربی و دقت ارزیابی دارای مزایایی هستند، اما به علت فقدان واقع‌گرایی و تعمیم‌پذیری بالقوه محدود نسبت به پاسخ‌های فشار روانی در محیط‌های طبیعی، می‌توان به آنها انتقاد کرد. مطالعات جسته و گریخته واکنش‌های فیزیولوژیکی (مانند فشار خون، سرعت ضربان قلب و سطح کورتیزول) مکملی ارزشمند برای شیوه‌های آزمایشگاهی فراهم می‌آورند. برای مثال، ارتباط مشارکت در فعالیت دینی یا بخشش با میزان تغییر فشار خون قابل بررسی است. ارزیابی‌های موردی فیزیولوژیکی را می‌توان با ارزیابی‌های خودسنجی تجارب روزانه متناظر با آنها، تلفیق کرد. به این ترتیب، می‌توان تأثیرات عوامل دینی بر موارد مواجهه با رویدادهای تنش‌زا و واکنش‌های فیزیولوژیکی به این رویدادها را بررسی کرد.

فشار روانی مزمن نیز ممکن است آثار فیزیولوژیکی زیان‌بخش داشته باشد و الگوهای متنوعی برای بررسی ارتباط میان عوامل روانی-اجتماعی با این قبیل پاسخ‌ها وجود دارد. برای مثال، فشار روانی مزمن ناشی از مراقبت و پرستاری با تأثیرات منفی بر فعالیت ایمنی (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1995) و سلامت (Schulz & Beach, 1999) همراه است. تعدیل این تأثیرات به یاری عوامل دینی و معنوی را می‌توان به سهولت بررسی کرد. خلاصه این‌که، الگوهای فراوانی برای آزمودن این فرضیه وجود دارد که ایمان [دین] از طریق فیزیولوژی تغییر یافته، بر بهداشت تأثیر می‌گذارد، حتی حمایت ابتدایی از این نوع سازوکار پذیرفتنی، مبنای پژوهش را به میزان قابل توجهی تقویت می‌کند.

ارتباط میان متغیرهای دینی و معنوی و پاسخ‌های فیزیولوژیکی فشار روانی با این فرضیه که این عوامل روانی-اجتماعی از مجرای فشار روانی تغییر یافته، بر سلامت تأثیر می‌گذارند، سازگار خواهد بود. اما، این ارتباطات تنها مؤیدی ابتدایی فراهم می‌آورند. باید محرز شود که این پاسخ‌های فیزیولوژیکی از نوع کافی، با اهمیت و فراوان هستند که در رشد بیماری دخالت دارند (Cohen & Rabin, 1998). در نهایت، می‌توان در این مطالعات، الگوهای واسطه‌ای را

که زیربنای این حوزه پژوهشی هستند، آزمود، به این صورت که متغیرهای دینی و معنوی را به همراه سازوکارهای فیزیولوژیکی فرض شده ارزیابی کرد. تحلیل‌های مناسب نیز می‌توانند نشان دهند که آیا از لحاظ آماری سازوکارهای مذکور دلیل تأثیرات این قبیل عوامل فیزیولوژیکی بر سلامت متعاقب هستند یا خیر. انصافاً این‌گونه آزمون نظریه بزرگ در روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری فوق‌العاده نادر است اما طرح و تحلیل مطالعات بزرگ همه‌گیری شناختی ممکن است در مسیری هدایت شوند که تحقیقات را امکان‌پذیر سازند.

#### ابعاد روانی-اجتماعی بیماری و مراقبت پزشکی

آخرین موضوع مهم در روان‌شناسی سلامت، متضمن ابعاد روان‌شناختی بیماری‌های پزشکی حاد و مزمن است و شامل مطالعاتی درباره سازگاری با بیماری‌های حاد و مزمن، تأثیر روانی-اجتماعی مراقبت پزشکی و مراقبت‌های پس از عمل جراحی و تأثیرات درمان‌های روانی فرعی بر بیماری می‌شود. فصول این کتاب [Plante & Sherman, 2001] نشان می‌دهند که این موضوع گسترده‌تر اخیراً کانونی اصلی در تحقیق درباره ایمان و سلامت بوده است که [تأثیر] دین‌داری بر سازگاری با سرطان (Sherman & Simonton, Chapter 7) و ایچ‌آی‌وی / ایدز (Tan & Remle & Koenig, Chapter 8) و مداخلات مبتنی بر معنویت برای شرایط پزشکی (Dong, Chapter 12) را دربرمی‌گیرد. به نظر می‌رسد چشم‌اندازهای آینده پژوهش درباره نقش دین و معنویت در سازگاری با بیماری روشن است، هرچند مسائل روش‌شناختی ذاتی این حوزه پژوهشی باید راهنمای مطالعات آینده باشند.

#### سازگاری با بیماری و مراقبت‌های بهداشتی تنش‌زا

پژوهش‌گران به منظور تشخیص پیش‌بین‌های سازگاری با شرایط و مراقبت‌های پزشکی باید به علائم خاص، آسیب‌شناسی اساسی فیزیولوژیک، پیش‌آگاهی و شیوه‌های تشخیصی و مداخله‌ای هنجار شده در مورد وضع خاصی وقوف داشته باشند. تنها با این نوع شناخت از زمینه‌های پزشکی است که آنان می‌توانند مطالعات بهینه‌ای درباره عوامل موثر روانی-اجتماعی بر سازگاری، برنامه‌ریزی کنند، زیرا زمینه بیماری و درمان، یک عامل تعیین‌کننده گسترده در مورد بیماری فرد بیمار است. وانگهی، این ویژگی‌های مربوط به زمینه پزشکی، پیامدها و پیش‌بین‌های مهمی را

الفا می‌کنند. تحقیق شرمین و سیمونتون (Plante & Sherman, Chapter7, 2001) مثال خوبی بر این دقت ضروری است. در بیشتر شرایط پزشکی خاص، حوزه مفهومی به خوبی توصیف شده است و ابزارهای ارزیابی شکل گرفته و مورد ارزیابی روان‌سنجی قرار گرفته‌اند. پژوهش‌گرانی که اقدام به مطالعاتی در باب نقش دین و معنویت در سازگاری با بیماری و مراقبت پزشکی می‌کنند، باید این آثار نوشته شده را به دقت بررسی کنند تا بهترین ابزار و شیوه‌های ارزیابی را برگزینند. همانند دو موضوع پیشین، تعاریف مفهومی شفاف درباره‌ی سازه‌های دینی و معنوی، متغیرهای مرتبط با آنها و الگوی ارتباطات دوسویه فرضی آنها برای پژوهش نظام‌مند اهمیت دارد. و باز معیارهای خوب رواسازی شده برای این سازه‌ها ضروری است.

علاوه بر این، توصیه‌ها درباره‌ی الگوها و معیارها، باید به چند مسئله روش‌شناختی خاص پرداخته شود. برای مثال، سازگاری هیجانی، از کانون‌های مکرراً مورد توجه این نوع پژوهش است. در موارد فراوان، معیارهای سازگاری برای جمعیت‌های به لحاظ پزشکی سالم وضع شده‌اند، از این رو ممکن است به هنگام استفاده از آنها در مورد افراد به لحاظ پزشکی مبتلا به بیماری پزشکی با یافته‌های گمراه‌کننده‌ی روبرو شویم. این مسئله به ویژه هنگامی که معیارهای افسردگی برای بیماران پزشکی مورد استفاده واقع گردند، صادق است. علائم جسمانی افسردگی (مانند خستگی مفرط، اختلالات اشتها و غیره) معمولاً در مورد افرادی که از لحاظ پزشکی سالم هستند بسیار تشخیصی هستند، اما ممکن است به جای انعکاس کارکردی هیجانی، علائم بیماری جسمی را در افراد بیمار نشان دهند (Clark, Cook & Snow, 1998; Peck, Smith, Ward, & Mi-ano, 1989). علاوه بر این، الگوی ضمنی آسیب‌شناسی‌ای که اساس انتخاب این معیارها است باید مورد تردید قرار گیرد. واکنش‌های افسردگی در میان بیماران پزشکی شایع هستند و نه تنها برای کیفیت زندگی آنها بلکه برای پیش‌آگهی‌های پزشکی لوازمی دارند. اما میزان علائم افسردگی همه تأثیرات بالقوه بیماری مزمن بر سازگاری عاطفی بیماران پزشکی را شامل نمی‌شود. بیشتر بیماران واکنش‌های افسردگی قابل تشخیصی از خود نشان نمی‌دهند و کارکردهای هیجانی بهنجار را با یک الگوی دوبعدی دارای درجه‌های مختلف عاطفه منفی و درجه‌های مختلف عاطفه مثبت مستقل بهتر می‌توان درک کرد (Watson & Tellegen, 1985). معیارهای مربوط به علائم افسردگی این ابعاد را در هم تلفیق می‌کند (Watson et al., 1995)، به طوری که افسردگی ترکیبی از عاطفه منفی بالا و عاطفه مثبت پایین است، از این رو ارزیابی دقیق و فراگیر تأثیر عوامل دینی بر

سازگاری هیجانی در بیماران پزشکی مستلزم استفاده از معیارهایی مربوط به سازگاری هیجانی است که از محدوده گزینش‌های معمول علائم افسردگی یا سایر عواطف منفی فراتر می‌رود.

تعداد قابل توجهی از پژوهش‌های انجام گرفته درباره سازگاری با بیماری پزشکی، برای ارزیابی سازگاری هیجانی، سطوح فعالیت جسمانی، درد و سایر پیامدهای بیماری بر شیوه‌های خودسنجی تکیه می‌کنند. علاوه بر آثار تصنعی معمول، از جمله مطلوبیت اجتماعی، مشکل متعارف در این سنخ از پژوهش، مستلزم هم‌پوشی عبارت‌پردازی‌های پرسش‌ها است. در برخی از موارد معیارهای مربوط به مفاهیم مجزاً، پرسش‌هایی با عبارات مشابه دارند. برای مثال، باید دقت به خرج داد که معیارهای کنار آمدن دینی و مفاهیم مربوط به آن فحوائی نداشته باشند که پاسخ‌های هیجانی یا سطوح فعالیت [از جانب پرسش شونده] را منعکس سازند (Sherman & Simonton, Chapter 6 and 7, this volume). در غیر این صورت، این قبیل هم‌پوشی‌ها ممکن است منجر به ارزیابی‌های اغراق‌آمیز از نقش این عوامل در سازگاری با بیماری شوند. این هم‌پوشی، اگر شدید باشد، به «همان‌گویی‌هایی زیر لفافه نازک» منتهی می‌شود (Coyne & Gotlib, 1983) که در آن محتوای مقیاس‌های پیش‌بین دینی که آلوده به مسائل هیجانی یا کارکردی هستند، آن‌چنان که انتظارش می‌رود، با محتوای مشابهی در باب معیارهای نتیجه‌ای<sup>۳۸</sup> هم‌بستگی دارند.

در بسیاری از حوزه‌های پژوهشی پیش‌بین‌های فردی و پیش‌بین‌های محیط اجتماعی سازگار به طور جداگانه بررسی می‌شوند. با این همه، احتمالاً مفاهیم فردمحور (مانند اعمال و رفتارهای دینی یا ارزش‌های معنوی) با محیط اجتماعی بیمار (مانند دسترس‌پذیری مراقبت و حمایت) مرتبط هستند. از این رو، مطالعاتی که هر دو مقوله تأثیرگذار بر سازگاری با بیماری را شامل می‌شوند (Coyne & Smith, 1994; Manne & Zautra, 1989) ممکن است تحلیلی کامل‌تر از تأثیرات دین و معنویت فراهم کنند. یکی از زمینه‌های اجتماعی تأثیرگذار بر سازگاری که اغلب کمتر مورد تأکید قرار می‌گیرد، ارتباط میان بیمار و متخصصان مراقبت درمانی است. ارتباط کافی، برداشت‌ها و انتظارات مرتبط به هم [بیمار و متخصص] و تعامل در این زمینه تأثیرات مهمی بر مراقبت‌جویی، و بر کیفیت مراقبت و اثربخشی آن می‌گذارند (Duffy, Hammerman, & Cohen, 1988). در این خصوص شفرنسک (Plante & Sherman, Chapter 13) به شناسایی یک حوزه حیاتی برای تداوم پژوهش‌ها، یعنی دیدگاه‌های دینی و معنوی تأمین‌کنندگان مراقبت بهداشتی می‌پردازد.

سازگاری با بیماری پزشکی یک فرایند پویا با الگوهای مختلف بالقوه‌ای از تغییر در طول

زمان است. روشن است که وقتی طرح‌های آینده‌نگر با تأثیر احتمالی سلامت بر فرایندهای دینی و معنوی ترکیب شوند، مطالب فراوانی برای عرضه دارند. اما انتخاب چارچوب زمانی برای نمونه‌گیری این فرایندهای متغیر باید متأثر از درک دقیقی از شرایط پزشکی خاص و درمان آن باشد. در برخی از شرایط پزشکی، ارزیابی نسبی اتفاقی چه بسا کافی باشد. در سایر شرایط که پیامدهای مهم‌دارای نوسان پرشتاب‌تری هستند، به ارزیابی‌های خیلی بیشتری نیاز است. در چنین مواردی پیش‌رفت‌های تازه برای استفاده از نمونه‌گیری تجربی روزانه و ارزیابی‌های موقتی در روان‌شناسی سلامت (Affleck, Zautra, Tennen, & Armeli, 1999) ممکن است برای ایضاح نقش دین و معنویت در زندگی روزمره بیماران پزشکی مفید باشد. بسیاری از پژوهش‌های در باب تأثیرات دینی و معنوی بر سازگاری با بیماری به بررسی نقش کنار آمدن<sup>۳۹</sup> دین‌محورانه می‌پردازند (Pargament, 1997) و بر الگوی کلی کنار آمدن لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مبتنا دارند. به طور قطع، پژوهش‌هایی از این دست باید به مسائلی که در این جا مطرح شد، به‌ویژه به امکان آلوده شدن پرسش‌های کنار آمدن به درمان‌دهی یا ناتوانی و بستر اجتماعی احتمالی کنار آمدن، توجه کنند. اما انتقادهای گسترده‌تر اخیر از ارزیابی کنار آمدن (Coyne & Gottlieb, 1998; Stone et al., 1996) حاکی از آنند که بیماران وقتی پرسش‌نامه‌های گذشته‌نگر کنار آمدن را کامل می‌کنند، ارزیابی‌های صحیحی از فعالیت‌های کنار آمدن واقعی به دست نمی‌دهند. اطلاعات مختصر نادرست و کلی گذشته‌نگر از رفتار کنار آمدن ممکن است شواهد گمراه‌کننده‌ای درباره نقش کنار آمدن دینی در سازگاری فراهم آورند. از این رو، پژوهش‌های آینده در باب مدارای دینی باید روش‌شناسی‌های جدیدتری را بررسی کنند که به عنوان مکمل‌هایی برای رویکردهای هنجار شده بوجود آمده‌اند (Stone et al., 1998).

### ارزیابی درمان‌های دینی و معنوی جنبی

یکی از کمک‌های مهم روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری طراحی و ارزیابی تجربی مداخلات روانی-اجتماعی در مورد مشکلات پزشکی بوده است. دامنه کاربرد آنها چشم‌گیر است. از کنترل درد و درمان‌دهی حاد که در اثر جراحی و شیوه‌های آزارنده پزشکی پیش می‌آید گرفته تا مداخلاتی برای کاهش درد و ناتوانی مزمن، و تا درمان‌هایی برای افزایش پیروی از رژیم‌های درمانی لازم و مداخلاتی برای کاهش تأثیر منفی فشار روانی و هیجان‌های منفی بر روند بیماری

(Compas et al., 1998; Linden, Stossel, & Maurice, 1996). آثار بررسی شده در این کتاب و در برخی از کتب دیگر (A.H. Harris et al., 1999) این احتمال را مطرح می‌کنند که مداخلات هنجار شده روانی-اجتماعی را می‌توان با اضافه کردن رویکردهای دینی و معنوی ارتقا بخشید. تان و دانگ (Plante & Sherman, Chapter 12, 2001)<sup>۴۰</sup> و تورسن و همکاران او (Plante & Sherman, Chapter 2, 2001)<sup>۴۱</sup> برخی از رویکردهای موجود و شواهد محدود دربارهٔ اثربخشی آن‌ها را بررسی می‌کنند. به دور از انصاف نیست اگر بگوییم رویکرد مداخله‌ای دینی یا معنوی در روان‌شناسی بالینی سلامت و پزشکی رفتاری به هیچ وجه به همان اندازه که مداخلات سنتی روانی-اجتماعی از حیث اثربخشی شان با شواهد تجربی مورد تأیید قرار می‌گیرند، مورد تأیید قرار نگرفته است. همان‌طور که پیش از این توضیح داده شد، در وضع ایده‌آل این قبیل پژوهش‌ها باید متأثر از شواهدی هم‌چنان روبه‌تزايد دربارهٔ چگونگی تأثیر فرایندهای دینی و معنوی بر رشد و سیر بیماری از طریق فشار روانی، یا متأثر از شواهد مشابهی دربارهٔ طرق تأثیرگذاری این عوامل بر سازگاری بیمار با بیماری و مراقبت باشند. علاوه بر این، پژوهش‌هایی از این دست، همان‌طور که در این جا بررسی شد، باید تحت هدایت رهنمودهای تأیید شدهٔ پژوهش روان‌شناسی بالینی سلامت و پزشکی رفتاری قرار داشته باشند.

معیارهای نتیجه‌ای را باید پس از توجه دقیق به شرایط پزشکی خاص و مرور پژوهش‌های ارزش‌یابی مربوط به آنها انتخاب کرد. روشن است که ارزیابی‌های نتیجه‌ای چند شیوه‌ای ترجیح داده می‌شوند، به‌ویژه در پرتو این واقعیت که تأثیرات دارونماها و انتظار و امید به خوبی در روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری با سند و مدرک اثبات شده اند<sup>۴۲</sup> (Turner, Deyo, & Loweser, 1994). مسأله‌ای که اوضاع را وخیم‌تر می‌کند، این واقعیت است که مداخلات دینی و معنوی احتمالاً انتظارات روشن و چه بسا قانع‌کننده‌ای را در جهت بهبودی [به بیمار] افاده می‌کنند، از این رو، پژوهش‌گران حداقل علاوه بر استفاده از برخی از معیارهای نتیجه‌ای که کمتر دست‌خوش آثار تصنعی و پیش‌داوری‌های خودسنجی هستند، باید گروه‌های مقایسه را به صورتی انتخاب کنند که این آثار را کنترل نمایند (Schwartz, Chesney, Irvine, & Keefe, 1997). اثرات منحصر به فرد مداخلات دینی و معنوی هستند که مستلزم ارزیابی‌اند و نه اثرات غیر مشخص.

تعیین وقت بهینه برای ارزیابی و اقدامات تکمیلی، به جمعیت و مداخلهٔ خاصی که تحت بررسی است، بستگی دارد. لیکن، از آن‌جا که در مورد سازگاری با جراحی و سایر روش‌های

پزشکی تنش‌زا اثرات فوری و کوتاه‌مدت کاملاً حائز اهمیت است (Auerbach, 1989)، در اغلب موارد دیگر ثبات اثرات در طول زمان، موضوع مورد توجه بسیار مهمی است (Compas et al., 1998). علاوه بر این، اگر پرسش پژوهش کاملاً بدیع نباشد، مقایسه مداخلات دینی با گروه‌های مقایسه غیر درمانی یا فهرست انتظار<sup>۴۳</sup>، با توجه به تأثیر احتمالی عوامل نامشخص که پیش از این مورد بحث قرار گرفت، احتمالاً دانش بالینی ما را به نحو ارزش‌مندی افزایش نمی‌دهد. در بیشتر موارد، ممکن است رویکردهای دین و معنویت محور، به نحوی سودمند با مداخلات روانی اجتماعی سنتی مقایسه شوند. می‌توان پیش‌بینی کرد که اثربخشی نسبی این گروه‌ها در آزمایش تطبیقی، تحت تأثیر گرایش‌های معنوی بیمار قرار می‌گیرد. بنابراین، روشن است که مسائلی درباره تعدیل عوامل تأثیرگذار دینی و معنوی بر درمان ضروری است. سرانجام، وقتی عوامل تأثیرگذار مهم روشن شدند، موضوعات مربوط به اهمیت بالینی (Kendal et al., 1999) و اثربخشی مقرون به صرفه (Friedman et al., 1995) مطرح می‌گردند. بی‌تردید دامنه برنامه پژوهشی برای ارزیابی مداخلات دینی و معنوی به عنوان ضمیمه مراقبت پزشکی استاندارد، گسترده است.

### [نقش] ایمان، هنر و علم در خدمات بالینی روان‌شناسی سلامت

روان‌شناسی سلامت چیزی بیش از یک حوزه پژوهشی است. این رشته برای ارتقاء بهزیستی نیز در نظر گرفته شده است. تلاش‌های کاربردی در روان‌شناسی سلامت ریشه در الگوی دانشمند-متخصص<sup>۴۴</sup> دارند که در آن خدمات مراقبت‌های بهداشتی تحت تأثیر نتایج پژوهش‌های تجربی قرار دارند. به طور کلی، تأکید روزافزونی در روان‌شناسی بالینی (Chambless & Holm, 1998) و هم‌چنین پزشکی رفتاری و روان‌شناسی سلامت (Compas et al., 1998) بر استفاده از درمان‌های تجربی تأیید شده وجود دارد. اما، غالباً اهمیت نیاز فوری برای خدمات بالینی از قطعیت و صراحت شواهد درباره پرداختن به وضعیت خاصی که یک مراجع یا بیمار مطرح می‌کند، فزونی می‌یابد. حتی قطعی‌ترین یافته‌ها در مورد تأثیرات بالینی [و] قابل توجه مداخلات مشخص در مورد شرایطی به همان میزان مشخص، تأثیر متفاوتی در سطح مراجعان مختلف می‌گذارند. از این جاست که تعمیم دادن آثار مکتوب تجربی به فعالیت‌های بالینی فردی فرآیندی پیچیده و احتمال‌باورانه است. شواهد تجربی، در بهترین شرایط، هدایت‌کننده کار [بالینی] است و نه ضامن تأثیرگذاری آن. علاوه بر این، افراد غالباً مشکلات سلامتی فوری دارند که به نفع آنها



شواهد قانع کننده‌ای مبنی بر درمان مؤثر وجود ندارد. در سایر موارد، نمی‌توان شواهد برگرفته از مطالعه کاملاً کنترل شده گروه‌های همگن را به طور قطع در مورد افراد خاصی که مشکلات پیچیده و چندگانه دارند تعمیم داد. از این رو، همواره هنر کاربرد روان‌شناسی تخصصی [حرفه‌ای] در هر حوزه‌ای ایجاب می‌کند که به شواهد موجود بسنده نکنیم. وقتی منتقدان کاربرد بالینی پژوهش‌های انجام گرفته در مورد دین، تأکید دارند که این قبیل روش‌ها از حد مؤیدات تجربی تجاوز می‌کند، باید به خاطر داشته باشیم که قضیه اساساً همیشه از این قرار است و تنها از لحاظ میزانی که این روش از حد مؤیدات تجربی تجاوز می‌کند تفاوت وجود دارد. به ناچار، طبابت صرفاً با مؤیدات تجربی محدود، در بسیاری از فعالیت‌های بالینی، و حتی در فعالیت‌های بالینی طرفداران درمان‌های به لحاظ تجربی تأیید شده، وضع عادی و متعارف است. درد و رنج‌های انسانی بی‌شمار در انتظار شواهد کاملاً قطعی، بر روی هم انباشته می‌شوند.

با این همه، بررسی‌های پیشین روشن می‌سازند که مبنای پژوهش مرتبط با تصمیم‌گیری‌های راجع به ارزیابی بالینی و مداخلات متضمن مسائل دینی و معنوی از بسیاری جهات به ویژه در مقایسه با حوزه‌های فراوانی در روان‌شناسی بالینی سلامت و پزشکی رفتاری محدود است. دانش ما در زمینه ارزیابی معتبر و درمان مؤثر مخاطرات مختلف سلامت (مانند استعمال دخانیات، رژیم غذایی و اعتیاد به مشروبات الکلی)، شرایط خاصی که با مسائل روانی در ارتباط اند (مانند فشارخون، بیماری اکلیلی، سرطان، اچ‌آی‌وی/ایدز، سردرد، التهاب مفاصل و مرض قند) و مشکلات بالینی عمومی (مانند تبعیت از رژیم غذایی پزشکی، سازگاری با شیوه‌های تهاجمی پزشکی (مثل عمل جراحی)) خیلی بیشتر است از آنچه درباره نقش موضوعات دینی و معنوی در سلامت و مراقبت بهداشتی می‌دانیم. از این رو، توصیه‌های بالینی صریح به پی‌گیری فعالیت‌های دینی و معنوی برای بهبود سلامت و کنترل بیماری، مورد تردید هستند.

این گفته به این معنا نیست که باید به طور جدی از [توجه به] این قبیل مسائل در مراقبت بالینی اجتناب کرد، بلکه به این معنا است که باید مردد، محتاط و حساس بود. منتقدان گنجاندن مسائل دینی و معنوی در مراقبت بهداشتی، به طور قابل فهم و مناسبی دغدغه کارها و توصیه‌هایی را دارند که از حد شواهد موجود فراتر می‌رود. با این که این مسئله منتهای حسن نیت را نشان می‌دهد، اما توصیه درباره دین یا معنویت از سوی پزشک یا روان‌شناس که آشکارا از حد نتیجه‌گیری‌های صحیحی که مورد تأیید علوم بالینی واقع شده‌اند، فراتر می‌رود، دقیقاً به همان اندازه نامناسب

است که توصیه‌های تأیید نشده دربارهٔ ویتامین‌ها، رژیم غذایی، روش‌های مغناطیسی یا هر نوع دیگری از مداخله نامناسب. اما، دخالت بالقوهٔ مراجع پزشکی و روانی و متخصصان در مسائل اختصاصی دین، موجب سوءاستفاده‌های بالقوهٔ بیشتری می‌شود. توصیه‌های دینی یا معنوی را می‌توان یک دخالت قهری و بالقوهٔ ارزش‌دورانه یا ناراحت‌کننده در موضوعات اختصاصی دین تلقی کرد که در لفافهٔ حوزهٔ اختیار [اقتدار] علمی و پزشکی نهفته است. اسلون و همکاران وی (Plante & Sherman, Chapter 14, 2001) بررسی مختصری دربارهٔ برخی از اشکالات بالقوهٔ اخلاقی و حرفه‌ای در توصیه‌ها و مداخلات مبتنی بر ایمان به دست می‌دهند. با این همه، حتی احتمال روشن و قانع‌کننده در مورد کار بالینی نامناسب الزاماً مانع از دخالت مسائل دینی و معنوی در روان‌شناسی بالینی سلامت نمی‌شود. آثار اخیر تلاش می‌کنند تا این مسائل اخلاقی را تبیین کنند و رهنمودهای حرفه‌ای مناسب برای گنجاندن دین و معنویت در علم و اعمال روان‌درمانی را به تثبیت برسانند (Miller, 1999; Richards & Bergin, 1997; Shafranske, 1996; See also Chir- (ban, Chapter 11<sup>۴۵</sup> and Tan & Dong, Chapter 12<sup>۴۶</sup>, this volume).

هم‌چنین ممکن است قضیه از این قرار باشد که روان‌شناسان در زمینهٔ ملاحظات حرفه‌ای و اخلاقی از حیث وجوه مشترک بین مراقبت بالینی و ایمان آگاه‌تر از برخی از دیگر اعضای گروه‌های مراقبت درمان هستند. از قرار معلوم روان‌شناسان ماهیت اساسی آگاهی، حساسیت و احترام در پرداختن به باورها، اعمال و رفتارهای شخصی بیمار را درک می‌کنند. اگر توجه به موضوعات ایمانی [دینی] در پزشکی افزایش یابد، روان‌شناسان همانند مشاورین مراقبت‌های معنوی می‌توانند نقش حساس مشاور-رابط را در هدایت سایر اعضای گروه مراقبت بهداشتی در تلفیق مناسب و حساس این مسائل در ارزیابی و مراقبت داشته باشند.

### نتایج: آرا و نظرهای متعارض در کنار هم

از این بررسی روشن شد که موضوعات دین و معنویت با یکایک کانون‌های توجه روان‌شناسی سلامت در ارتباط هستند. هنگامی که ظهور این مسئله را با عمومیت و اهمیت مسائل دینی و معنوی در جامعه توأماً نگاه کنیم، به نظر می‌رسد که دارای تأخیر طولانی است. اما، یافته‌های پژوهشی در بسیاری از موارد مقدماتی هستند. بسیاری از مشاهدات پذیرای تفاسیر چندگانه‌اند و پرسش‌های روشن‌زیادی هنوز پی‌گیری نشده‌اند. ابزارهای مفهومی و روش‌شناختی مربوط به مطالعهٔ روان‌شناسی و دین را

می‌توان با ابزارهای روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری تلفیق کرد تا از نسل بعدی پژوهش‌گران در این حوزه حمایت شود که چه‌بسا در پیدایش پایه‌دانش قطعی‌تری نقش داشته باشند.

در این میان، کسانی که تحت تأثیر سهم بالقوه این حوزه پژوهشی قرار می‌گیرند باید تلاش کنند که با مراقبت و احتیاط مناسب یافته‌ها را بررسی کنند. اگر مجبور شدند که کاملاً فراتر از استلزامات توجیه‌پذیر داده‌های موجود توصیه‌های بالینی اقدام کنند باید از این تلقی که علم به دین و سلامت مؤید این توصیه‌ها هستند اجتناب کنند. اگر طرف‌داران نتوانند در برابر وسوسه جهش از مبنای پژوهشی محدود در مورد ایمان به نتایج محکم علی، مقاومت کنند، دست‌کم باید از تحمیل این قبیل بی‌بندوباری‌ها بر کسانی که تحت مراقبتشان هستند، پرهیز کنند. دانشمندانی که شکاک و حتی شاید مخالف بررسی ایمان و سلامت هستند مسلماً باید برای آزاداندیشی جدّ و جهد نمایند. علی‌رغم این مخالفت‌ها، بررسی‌ای بی‌طرفانه و چه‌بسا عینی نشان می‌دهد که پرسش‌های ارزش‌مند فراوانی وجود دارند که باید پی‌گیری شوند. در نظر طرفداران و همین‌طور منتقدین، این قسم از توصیه به طور خاص در سطح آثار تخصصی دانشمندان و اعتقادات شخصی‌شان - خواه لادری‌گو باشند یا معتقد از هر سنخ - مطرح است. چنین هشدارهایی شاید در ظاهر وارد کردن نابخردانه انتقادات تعصب‌آمیز در گفت‌وگوی علمی باشد. اما، با توجه به ماهیت بالقوه بحث‌انگیز این مباحث، به نظر عاقلانه می‌رسد که ماهیت گاه و بی‌گاه شخصی نگرش‌ها و فعالیت‌های علمی را به خود یادآور شویم.

مسیر رسیدن به دانش فزاینده و متقاعدکننده درباره ایمان و سلامت ظاهراً روشن است. تنها از طریق سال‌ها پژوهش روش‌شناختی دقیق به دیدگاهی صحیح‌تر و فراگیرتر درباره چگونگی تأثیرگذاری یا عدم تأثیرگذاری ایمان و اعمال دینی بر رفتار بهداشتی و تلاش‌های پیش‌گیرانه، آسیب‌پذیری‌های روانی-اجتماعی و مقاومت در مقابل بیماری، اثرات بیماری بر سازگاری بیمار و سودمندی مداخلات مرتبط با آنها در مراقبت بالینی دست می‌یابیم. با این همه، حتی شواهد روش‌شناختی قوی ممکن است با مخالفت شدید روبه‌رو شوند. به نظر می‌رسد که برخی از جدی‌ترین منتقدین، آشکارا تلاش و کوشش [در این راه] را رد می‌کنند. لازم به یادآوری است که از دیدگاه آنها در مورد جدائی دین و علم هیچ ضمانتی اساسی وجود ندارد. اما، ارتباط معیارهای علمی و شکاکیت با مسائل مربوط به ایمان و سلامت کمتر از ارتباط آنها با سایر حوزه‌های روان‌شناسی سلامت نیست. تاریخچه اخیر روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری ممکن است بینشی نسبت به

سرسختی‌ها و امتیازات انتقاد جاری از مطالعات مربوط به ایمان و سلامت و گنجاندن آن در مراقبت بالینی فراهم آورد. در طول چند دهه گذشته، بسیاری از اعضای بانفوذ جامعه سنتی پزشکی در برابر علاقه‌نویز ظهور به نقش عوامل روان‌شناختی در سلامت ایستادند. از قرار معلوم، این مخالفت دست‌رسی محدود به سرمایه‌گذاری در امر پژوهش، جلوگیری از انتشار پژوهش‌های رفتاری در نشریات پزشکی و تحت پوشش بیمه قرار ندادن مداخلات مؤثر روانی-اجتماعی در مورد شرایط پزشکی را در بر می‌گرفت. با وجود این قبیل مخالفت‌ها، روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری، صرف‌نظر از پذیرش عمومی نقش ابعاد روانی-اجتماعی در سلامت، بیماری و مراقبت پزشکی، به پیش‌رفت‌های علمی قابل توجهی نایل آمده‌اند و به منابع مالی مهمی برای پژوهش و خدمات مراقبت درمانی دست یافته‌اند. این منافع به طور کلی در سطح عرصه روش‌شناسی پژوهش حاصل شده‌اند. پیش‌گامان روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری و نیز آن دسته از کسانی که راه ایشان را پی گرفتند عمیقاً از دشواری آن تاخت و تازها و موفقیت‌ها آگاهند. دور از انتظار نیست که آنان اغلب، منتقدان سرسخت آن دسته از تحولات به ظاهر مرتبط با پژوهش در زمینه سلامت و مراقبت (مانند طب جای‌گزین) هستند که ظاهراً بعضی اوقات از معیارهای کمتر علمی متابعت می‌کنند. ایستادگی در مقابل تحولات جدید و به ظاهر «علوم رفتاری [انسانی]»<sup>۴۷</sup> در این حوزه را می‌توان دفاعی مناسب از معیارهایی محسوب کرد که در این موقعیت‌های بزرگ مؤثر بودند.

درست همان‌طور که نظریات روشن و شیوه‌های قوی، موجب رشد و تحول آن مبناهای پژوهشی شدند که رد کردن اهمیت روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری را توسط باقی‌مانده مدافعان الگوی سنتی زیست-پزشکی دشوار ساخته است، نظریات روشن و شیوه‌های قوی هم سرانجام در مطالعه ایمان و سلامت می‌توانند به ما کمک کنند که گوهر را از خزف جدا کنیم. این مطلب به‌ویژه در صورتی درست است که مجموعه بعدی پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام می‌شوند از الگوهای مفهومی‌ای که روشن و بیان شده‌اند، منبث شوند و در صورتی درست است که اصلاح و انسجام تجربی معیارهای مفاهیم دینی و معنوی همراه با دقت روان‌سنجانه و توجه به پیچیدگی و تفاوت ظریفی که لازمه ماهیت این فعالیت‌ها و تجارب در زندگی افراد است، پیش‌روند. چه در پژوهش و چه در عمل، آنچه که برای برخی حل‌نشدنی به نظر می‌رسد، مسلماً قابل حل است. کار و پژوهش در این زمینه طولانی و دشوار خواهد بود، اما ممکن است ثمربخش و ارزش‌مند از آب درآید.

## پی نوشت های مترجم:

\* مشخصات کتاب شناختی این مقاله عبارت است از:

Timothy W. Smith, "Religion and Spirituality in the Science and Practice of Health Psychology: *Openness, Skepticism, and the Agnosticism of Methodology*" in Plante, Thomas G. and Allen C. Sherman(eds.), *Faith and Health: Psychological Perspectives*. New York and London: The Guilford Press, 2001, pp. 355-380.

1. Plante, Thomas G. and Allen C. Sherman(eds.), *Faith and Health: Psychological Perspectives* (New York and London: The Guilford Press, 2001)

قابل توجه است که نویسندگان محترم این مقاله در عباراتی نظیر «فصل های گذشته»، «مؤلفان این کتاب» و یا... به فصل های مختلف کتابی اشاره دارند که در مشخصات کتاب شناختی اصل این مقاله معرفی شده است. در ضمن ترجمه فصل های ۲، ۳، ۵، ۶، ۱۱ و ۱۲ این اثر در شماره پیشین مجله منتشر شده است.

۲. religious coping. راه های شخص برای سازگاری با خواست های محیطی با کمک دین، مانند کنار آمدن با فشار روانی از طریق شرکت در فعالیت دینی.

## 3. construct

۴. construct validity. طرح ریزی ابزار آزمون به گونه ای که بتواند آن چه را که برای سنجش آن طرح ریزی شده است، بسنجد.

۵. convert validity. میزان هم بستگی نمرات یک آزمون با چندین عامل مختلف؛ وجود این هم بستگی برای اطمینان از این که آزمون آن چه را که باید سنجیده شود می سنجد، ضروری است.

۶. discriminant validity. میزان کمیود هم بستگی یک آزمون با آزمایش ها یا مهارت هایی که قرار نیست سنجیده شوند.

۷. divergent validity. میزان تفاوت نتایج تست یک آزمون با آزمون دیگری که سازه ای متفاوت را اندازه می گیرد.

۸. ر. ک: نقد و نظر، سال نهم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۱۳۸۳، ص ۱۶۶-۲۱۶.

۹. همان، ص ۲۹۳-۳۲۹.

۱۰. همان، ص ۳۳۰-۳۶۶.

۱۱. همان، ص ۲۹۳-۳۲۹.

۱۲. reliable. پایایی در آزمون های روان شناختی (و به طور کلی در اندازه گیری) اصطلاحی کلی برای توصیف قابلیت اعتماد وسیله اندازه گیری یا آزمون است.

۱۳. Valid. منظور از روایی این است که آزمون یا وسیله اندازه گیری آن چه را که قرار است اندازه گیری شود، اندازه گیری کند.

۱۴. ر. ک: نقد و نظر، پیشین، ص ۲۹۳-۳۲۹.

- ۱۵ . distal variable . متغیری (مانند دین و معنویت) که دور از گیرنده ای (مانند رفتار سالم) که بر آن تأثیر می گذارد، اعمال می شود. در مقابل، متغیر نزدیک (مانند پزشکی) مجاور گیرنده خود (بیماری، رفتار بهداشتی) قرار دارد.
- ۱۶ . mediating variables . به متغیرهای ناخواسته ای اشاره دارند که بر روی تحقیق اثر می گذارند، اما اغلب مشاهده پذیر و اندازه پذیر نیستند و محقق باید آنها را از طریق متغیرهای مستقل و تعدیل کننده استنتاج نماید.
- ۱۷ . moderating variables . این متغیر رابطه میان متغیر مستقل و متغیر وابسته را روشن می کند و بر آنها اثر می گذارد. محقق این متغیر را انتخاب، اندازه گیری یا دست کاری می کند تا مشخص شود که تغییر آن موجب تغییر هم بستگی بین متغیر مستقل و متغیر وابسته می شود یا خیر.
- ۱۸ . effect size . توان یا قدرت یک درمان خاص در درمان یک بیماری.
- ۱۹ . intervention . هر روش یا عملی که برای قطع، مداخله در و/یا تعدیل یک فرایند (مانند یک رفتار نامناسب) طرح ریزی شده است.
- ۲۰ . external validity . در روایی بیرونی این سؤال مطرح است که آیا یافته های مطالعه مورد نظر قابل تعمیم به تک تک افراد جامعه ای که نمونه مورد آزمایش از آن انتخاب شده، هست یا نه.
- ۲۱ . attrition . در پژوهش به کنار کشیدن برخی از شرکت کنندگان و در درمان به انصراف برخی از بیماران در طی درمان اطلاق می شود.
22. explanatory variables
23. mediational analysis
24. cost-effectiveness
- ۲۵ . quasi-experimental designs . بیشتر تحقیقاتی که هدفشان یافتن عوامل علی در زندگی واقعی و شرایط حقیقی است و در حین آن ها تنها کنترل تعدادی از متغیرها مقدور می باشد، از این نوع هستند.
- ۲۶ . behavioral medicine . روشی که در آن از اصول رفتاری برای پیش گیری، تشخیص، درمان و توان بخشی اختلالات پزشکی (جسمانی) استفاده می شود. تمرکز آن بر اختلالات جسمی است تا روانی و در زمینه هایی مثل پیش گیری و کاهش فشار روانی، اداره کردن بیماران و واداشتن آنها به رعایت دستورات پزشکی، کنترل درد و... مورد استفاده قرار می گیرد.
- ۲۷ . human cross-sectional و case-control research . در پژوهش مقطعی گروهی را در زمانی مشخص، مثلاً در نوجوانی بر حسب کیفیات خاصی که در آن زمان وجود دارد تحت بررسی قرار می دهند، یعنی اکتفا به «قاچی از کیک» انسانی. در پژوهش موردی تمام جوانب شناختی، رفتاری و... یک فرد را به صورت کاملاً مفصل مطالعه می کنند. به نظر می رسد منظور نویسنده مطالعه همه جانبه یک مقطع مشخص از زندگی افراد مستقل (نه یک گروه) باشد.
- ۲۸ . internal validity . روایی درونی یک تحقیق، یعنی یافته های یک مطالعه باید حاصل متغیرهایی باشند که دست کاری، اندازه گیری و یا انتخاب شده اند، نه آن که حاصل متغیرهای دیگری باشند که مورد بررسی قرار نگرفته اند.

29. prospective study

30. human mechanism research

31. five factor taxonomy of personality traits

- ۳۲ . neuroticism . استعداد برای روان‌رنجور شدن، مانند آمادگی برای ترس‌های مرضی، افکار وسواس و واکنش‌های افسردگی .
- ۳۳ . negative effectivity . احساس، هیجان و واکنش منفی فرد نسبت به محیط .
- ۳۴ . Variance . معیاری است که مقدار انحراف نمره‌ها از میانگین را در یک سری خاص از نمره‌ها نشان می‌دهد؛ نشان‌دهنده پراکندگی داده‌ها است .
- ۳۵ . در این‌که رفتار سالم موجب کاهش مرگ و میر می‌شود، تردیدی نیست . اما سؤال این است که آیا چون واریانس رفتار سالم و فعالیت دینی یک‌سان است پس فعالیت دینی هم باعث کاهش مرگ و میر می‌شود؟
- ۳۶ . نقدونظر، پیشین، ص ۲۱۷-۲۴۷ .
- ۳۷ . همان، ص ۱۶۶-۲۱۶ .
- ۳۸ . outcome measures . معیارهایی برای ارزیابی اثربخشی یک یا چند نوع درمان یا روش .
- ۳۹ . coping . راه‌های شخص برای سازگاری با خواست‌های محیطی بدون تغییر دادن اهداف .
- ۴۰ . نقدونظر، پیشین، ص ۳۶۷-۳۹۳ .
- ۴۱ . همان، ص ۱۶۶-۲۱۶ .
- ۴۲ . از دارونماها یا داروهای کاذب در درمان‌های ساختگی استفاده می‌شود . هرچند که هیچ تأثیری در درمان ندارند، اما با ایجاد انتظار خوب شدن در بیمار، به بهبودی او کمک می‌کنند . با این روش یعنی استفاده از دارونما، می‌توان تأثیر «انتظار» را در بهبودی فرد ارزیابی نمود .
- ۴۳ . no-treatment or waiting-list comparison group . گروهی که برای پی بردن به روایی درونی یک آزمایش تحت کنترل قرار می‌گیرند . پس از این‌که شرکت‌کنندگان آزمایش مورد مداخله قرار گرفتند، این گروه مداخله می‌شوند تا مشخص شود که نتایج مداخله حاصل متغیرهای انتخاب شده است، نه حاصل متغیرهای دیگر (نامشخص) که بررسی نشده‌اند .
- ۴۴ . scientist-practitioner model . بر طبق این الگو متخصصان روان‌شناسی باید آموزش کافی دیده باشند تا بتوانند در انجام وظیفه درمان‌گری از پژوهش‌های علمی بهره‌برداري نمایند .
- ۴۵ . نقدونظر، پیشین، ص ۳۳۰-۳۶۶ .
- ۴۶ . همان، ص ۳۶۷-۳۹۳ .
- ۴۷ . science . soft . آن دسته از علوم می‌که (مانند روان‌شناسی) از طریق برخی از تحقیقات علمی که ملاک‌های قابل‌سنجش دقیق ندارند به بررسی رفتار انسان، جامعه و... می‌پردازند .

کتاب نامه:

- Affleck, G., Zautra, A., Tennen, H., & Armeli, S. (1999). Multilevel daily process designs for consulting and clinical psychology: A guide for the perplexed. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 746-754.
- Auerbach, S. M. (1989). Stress management and coping research in the health care setting: An overview and methodological commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 388-395.
- Baron, R. M., & Kenny, 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.
- Defining empirically supported therapies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Clark, D. A., Cook, A., & Snow, D. (1998). Depressive symptom differences in hospitalized, medically ill, depressed psychiatric inpatients, and nonmedical controls. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 38-48.
- Cohen, S., & Rabin, B. S. (1998). Psychologic stress, immunity, and cancer. *Journal of the National Cancer Institute, 90*, 3-4.
- Cohen, S., & Rodriguez, M. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology, 14*, 375-380.
- Compas, B. E., Haaga, D. A., Keefe, F. J., Leitenberg, H., & Williams, D. A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 89-112.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality, 55*, 299-316.
- Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin, 94*, 472-505.
- Coyne, J. C., & Gottlieb, B. H. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Per-*



- sonality*, 64, 959-991.
- Coyne, J. C., & Smith, D. A. (1994). Couples coping with myocardial infarction: Contextual perspective on patient self-efficacy. *Journal of Family Psychology*, 8, 43-54.
- Digman, J. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Duffy, D., Hammerman, D., & Cohen, M. (1988). Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12, 99-119.
- Friedman, R., Subel, D., Meyers, P., Caudill, M., & Benson, H. (1995). Behavioral medicine, clinical health psychology, and cost offset. *Health Psychology*, 14, 509-518.
- Funk, S. C. (1992). Hardiness: A review of theory and research. *Health Psychology*, 11, 335-346.
- Gallo, L. C., & Smith, T. W. (1998). Construct validation of health-relevant personality traits: Interpersonal circumplex and five-factor model analyses of the aggression questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 5, 129-147.
- Hancock, L., Sanson-Fisher, R. W., & Redman, S. (1997). Community action for health promotion: A review of methods and outcomes 1990-1995. *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 229-239.
- 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, 413-434.
- Harris, W. S., 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 trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Archives of Internal Medicine*, 159 (19), 2273-2278.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117, 292-304.
- Kaplan, R. M. (1984). The connection between clinical health promotion and health status: A

- critical overview. *American Psychologist*, 39, 755-765.
- Kaplan, R. M. (2000). Two pathways to prevention. *American Psychologist*, 55, 382-396.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., & Ford, J. (1999). Therapy outcome research methods. In P. C. Kendall, J. Butcher, & G. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (2nd ed., pp. 330-363). New York: Wiley.
- Kiecolt-Glaser, J., & Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 57, 269-274.
- Koenig, H. G. (1997). *Is religion good for your health?: Effects of religion on mental and physical health*. Binghamton, NY: Haworth Pastoral Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Linden, W., Stossel, C., & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156, 745-752.
- Lovallo, W. (1997). *Stress and health*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Manne, S., & Zautra, A. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological distress among women with rheumatoid arthritis: *Journal of Personality and Social Psychology* 56, 608-617.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religion involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), 211-222.
- Miller, W. R. (Ed.). (1999). *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norris, F. H. (1997). Frequency and structure of precautionary behavior in the domains of hazard preparedness, crime prevention, vehicular safety, and health maintenance. *Health Psychology*, 16, 566-575.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Peck, J., Smith, T. W., Ward, J. J., & Milano, R. (1989). Disability and depression in rheumatoid arthritis: A multi-trait, multi-method investigation. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 1100-1106.

- Rabin, B. S. (1999). *Stress, immune function, and health: The connection*. New York: Wiley-Liss.
- Rhodewalt, F., & Smith, T. W. (1991). Current issues in Type A behavior, coronary proneness, and coronary heart disease. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 197-220). New York: Pergamon Press.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Schneiderman, N., Weiss, S. M., & Kaufmann, P. G. (1989). *Handbook of research methods in cardiovascular behavioral medicine*. New York: Plenum.
- Schulz, R., & Beach, S. (1999). *Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study*. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215-2219.
- Schwartz, C. E., Chesney, M. A., Irvine, J., & Keefe, F. J. (1997). The control group dilemma in clinical research: *Applications for psychological and behavioral medicine trials*. *Psychosomatic Medicine*, 59, 362-371.
- Shafraanske, E. P. (Ed.). (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). *Religion, spirituality, and medicine*. *Lancet*, 353, 664-667.
- Smith, T. W., & Gallo, L. C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 139-172). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T. W., & Rhodewalt, F. (1992). Methodological challenges at the social/clinical interface. In C. R. Snyder & D. F. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 739-756). New York: Pergamon Press.
- Smith, T. W., & Ruiz, J. M. (1999). Methodological issues in adult health psychology. In P. C.

- Kendall, J. N. Butcher, & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (2nd ed., pp. 499-536). New York: Wiley.
- Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 395-423.
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Neale, J. M., Shiffman, S., Marco, C., Hickox, M., Paty, J., Porter, L., & Cruise, L. (1998). A comparison of coping assessed by ecological momentary assessment and retrospective recall. *Journal of Personality and social Psychology*, 74, 1670-1680.
- Turner, J. A., Deyo, R. A., & Loweser, J. D. (1994). The importance of placebo effects in pain treatment and research. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1609-1614.
- Waitzman, N., & Smith, K. (1998). Phantom of the area: Poverty residence and mortality in the U. S. *American Journal of Public Health*, 88, 973-976.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12, 324-333.
- Weinstein, N. D., Rothman, A. J., & Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior. *Health Psychology*, 17, 211-213.
- Yates, B. T. (1994). Toward the incorporation of costs, cost-effectiveness analysis, and cost-benefit analysis into clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 729-736.