

بررسی گرایش به خرافات در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مراجعه‌کننده به افراد غیر درمانی آرزو شاهی‌سوار^۱، محبوبه بیات^۲

۱. عضو هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری الیگودرز، لرستان، ایران (مؤلف مسئول)

۲. عضو هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری الیگودرز، لرستان، ایران.

مندیش / دوره سوم / شماره ۴ و ۵ / زمستان ۱۳۹۱

چکیده

◆ زمینه و هدف: خرافات پدیده‌ای عمومی و طبیعی است که منجر به ایجاد اشکال گوناگون رفتار و طرز تلقی می‌گردد. باورها و اعتقادات افراد نیز تعیین‌کننده سطح سلامت و کیفیت زندگی او هستند. پژوهش حاضر با هدف بررسی گرایش به خرافات در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مراجعه‌کننده به افراد غیر درمانی انجام شد.

◆ مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی است. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مراجعه‌کننده به افراد غیردرمانی شهرستان الیگودرز بودند که تعداد ۴۰۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته مربوط به اطلاعات دموگرافیک، مشکلات جسمی مراجعین است که پایائی آن به روش اعتبار محتوا و آزمون مجدد تأمین گردید.

◆ یافته‌ها: نتایج نشان داد بیشترین مراجعه به افراد غیردرمانی به دلیل مشکلات بارداری و زایمان ۲۰ درصد، درد اعضای بدن ۱۶/۵ درصد و سقط و مرده‌زایی ۱۶/۳ درصد بوده است. همچنین ۱۶/۵ درصد از مراجعان به نقش طلسم و جادو و ۴۰/۳ درصد به اثر چشم‌زخم در بروز بیماری‌شان اعتقاد داشتند ۱۸/۳ درصد نیز اعتقاد داشتند بیماری‌شان علتی دارد که تنها افراد غیر درمانی قادر به درمان آن هستند. آزمون‌های آماری کای اسکوئرو فیشر بین ویژگی‌های دموگرافیک و مشکلات جسمی مطرح شده از سوی مراجعین ارتباط معناداری را نشان داد. ($P < 0/05$)

◆ نتیجه‌گیری: مراجعه بیماران مبتلا به اختلالات جسمی به افراد غیردرمانی نشان می‌دهد باورهای مردم در مورد سلامتی و بیماری بر رفتارهای بهداشتی آن‌ها مؤثر است لذا شناسایی این عقاید می‌تواند بر حفظ و ارتقاء سطح سلامت و انتخاب شیوه‌های درمانی - بهداشتی مؤثر باشد.

◆ واژه‌های کلیدی: خرافات، افراد غیردرمانی، بیماری‌های جسمی.

مقدمه

عوامل دموگرافیک، موقعیتی، اجتماعی - اقتصادی و فاکتورهای روانی می‌توانند در بروز تغییرات در جامعه مؤثر باشند. وقتی درک این تغییرات اجتماعی به فاکتورهای اجتماعی و دموگرافیک بر می‌گردد، بررسی متغیرها ساده‌تر است اما وقتی جنبه‌های روانشناختی مطرح می‌گردد درک بسیاری مفاهیم دشوار می‌شود. یکی از این متغیرها خرافات است. خرافات به صورت اعتقاداتی درباره اتفاقاتی خاص مطرح می‌شود که با دلائل علمی قابل تفسیر و توضیح نیستند^(۱). خرافات قسمتی از فرهنگی است که در آن گرایش غیرمنطقی به سوی عناصر غیرقابل کنترل تفکرات ما را به مخاطره می‌اندازد. این عقاید به ما احساسی از درک، فهم و کنترل نسبت به محیط می‌دهد^(۲).

در نظرسنجی که در سال ۲۰۰۵ در آلمان انجام شد، مشخص شد نیمی از مردم آلمان شامل ۶۲ درصد از زنان و ۳۸ درصد از مردان خرافاتی هستند^(۳). بیشتر از ۴۰ درصد آمریکایی‌ها به شیطان، روح و روش‌های درمانی وابسته به آن اعتقاد دارند^(۴).

ارزش‌هایی که هر فرد به آن معتقد است بر باورهای مربوط به نیازهای انسانی، سلامت و بیماری تاثیرگذار بوده و مستقیماً بر واکنش فرد در برابر بیماری‌ها، انتخاب درمان و نیز روی کیفیت زندگی مؤثر است^(۵و۶).

هارمین نیز (۲۰۰۶) معتقد است تصور و باورهای مبالغه‌آمیزی وجود دارد که در ارتباطات مردمی معمولی و عامه نقش بسته‌اند. این عقاید تا حد باور و اعتقادات قوی پیش می‌روند و روی رفتارهای بهداشتی مؤثراند^(۷).

محققان بر این مطلب تأکید دارند که اعتقادات در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگری از زندگی شخص اهمیت پیدا می‌کند و به بعضی از افراد کمک می‌کند که بیماری را بپذیرند و بعضی دیگر معنای بیماری را دریابند^(۸).

در آفریقا حدود ۷۰ درصد مردم از درمانگران بومی و محلی و جادوگران برای درمان بیماری‌های خود استفاده می‌کنند^(۹). مطالعات نشان می‌دهد در حدود دو سوم از جمعیت آفریقا عقایدی خرافی در مورد بیماری‌هایشان دارند^(۱۰). حدود ۲۰۰ هزار روش درمانی سنتی و خرافی در آفریقا شناسایی شده‌اند^(۱۱).

در مطالعه‌ای که بعد از جراحی بای‌پس عروق قلب در بیماران قلبی و در آمریکا انجام شد مشخص شد ۸۵ درصد بیماران از طب مکمل استفاده کرده‌اند که از این میان ۹/۹ درصد تغییر شیوه زندگی را در بهبودی خود مؤثر دانسته‌اند و در ۶۷/۵٪ اعتقاد درمانی عمده‌ترین درمان بوده است^(۱۲).

محققان معتقدند که حوادث استرس‌زا مثل بیماری‌ها ممکن است فرد را به نشانه‌هایی حساس کند که به طور ذاتی توانایی برانگیختن ترس را دارا هستند^(۱۳) و چنانچه زمانی در افراد افکار معینی دارای معنای فرهنگی یا تاریخی ویژه‌ای هستند، برانگیختگی زیادی را در آن‌ها ایجاد می‌کنند^(۱۴). امروزه ارتباط میان خرافات و اضطراب در علوم تجربی کشف شده است و نیز ارتباط میان عقاید و رفتارهای خرافی با پاتولوژی بیماری‌های رفتاری و وسواسی حائز اهمیت است^(۱۵).

تفکرات خرافی و جادویی در افراد وسواسی جبری به تفکرات خاص یا عقایدی بر می‌گردد که یک اثر یا نتیجه خاص را دنبال می‌کنند^(۱۶). در مطالعاتی نیز ارتباط فاکتور اعتقاد به خرافات با کیفیت و بروز توهمات شنوایی اثبات شده است^(۱۷). خرافات یک عامل مستعدکننده برای دیسترس‌های روانی است. حتی افرادی که علائم مشکلات روانی را ندارند در صورت داشتن تفکرات و عقاید ناخوشایند سطح بالایی از دیسترس‌ها را تجربه می‌کنند از سوی دیگر تجربیات فردی نیز می‌تواند بر روی دیسترس‌های روانی مؤثر باشد^(۱۸). گاهی

اعتقادات خرافی در رابطه با قدرت‌های مطلق، تنبیه یا مسئولیت‌پذیری می‌تواند فرد را موظف کند تا دست به کوشش‌های خطرناکی جهت کنترل اتفاقات حتمی یا غیر قابل اجتناب زده و به خود آسیب برساند^(۱۹). دیگر فاکتورهای مورد توجه در افراد خرافاتی شامل عدم تطبیق یا تعدیل هیجانی است^(۲۰) و توانایی شناختی پایین و شدت اعتقادات غیر عقلانی^(۲۱) علاوه بر آن محققانی نیز ارتباط میان اعتقادات خرافی و نیاز به کنترل محیط را ثابت کرده‌اند^{(۲۲)، (۲۳)، (۲۴)}.

طی بررسی در چین مشخص شد ارتباط معناداری میان اعتقاد به خرافات و اعتمادبه‌نفس وجود دارد و هرچه قدر اعتقاد به خرافات بیشتر و قوی‌تر باشد میزان اعتمادبه‌نفس نیز بیشتر می‌شود^(۲۵).

در بررسی ویزمن در سال ۲۰۰۴ برای بررسی عقاید خرافی و ارتباط آن با اثر طلسم‌های خوشبختی انجام شد ۴۳۳۹ نفر از طریق پرسشنامه اینترنتی در پژوهش شرکت کردند. در این

این ارزش‌ها بهره‌برداری لازم را نمایند^(۳۲) به عنوان مثال در بسیاری از کشورها مادران چیزهایی را به عنوان طلسم یا مهره بر دست یا بازوی کودکان خود می‌بندند تا آن‌ها را از بلا ننگه دارند. با مطالعه اعتقادات مردم می‌توانیم راه استفاده از آن را بیابیم، مثلاً یک کارمند بهداشتی با توجه به بازوبندی که بر بازوی کودک بسته شده می‌تواند متوجه شود که کودک چاق شده یا لاغر^(۳۳)

این پژوهش با هدف بررسی گرایش به خرافات در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مراجعه‌کننده به افراد غیر درمانی، ویژگی‌های روانی آن‌ها و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها انجام گردید.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است و جامعه پژوهش آن شامل کلیه افرادی بودند که به محیط پژوهش یعنی اماکنی که افراد غیر درمانی در آن فعالیت داشتند مراجعه می‌کردند. محیط پژوهش شامل محلات احمدآباد، مجیان، ده محمدرضا، پونه‌زار، خاک سفید و ده تیرانی در شهرستان الیگودرز بودند که هریک از افراد غیر درمانی در آن‌ها حضور داشتند.

افراد غیر درمانی در این پژوهش کسانی بودند که از روش‌های غیر تخصصی، محلی یا بومی جهت درمان یا تسکین بیماری‌های جسمی مراجعین خود استفاده می‌کردند و شامل فالگیران، دعانویسان و درمانگران محلی بودند. نسخ ارائه شده از سوی این افراد شامل دستورالعمل‌های خاص استفاده از برخی مواد مانند دندان، شاخ، پشم و سایر اعضاء حیوانات، حشرات و برخی نجاسات، استفاده از طلسم‌ها، دست‌نوشته‌ها یا نسخ چاپ‌شده ناخوانا، که همگی برای بیماری‌های جسمی مراجعین تجویز می‌شدند.

از آنجا که ۵۰ درصد مراجعینی که به علل جسمی به افراد غیر درمانی مراجعه می‌کردند اعتقاد به درمان از طریق افراد غیر درمانی داشتند لذا نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ برای اتماد ۹۵ درصد و خطایی کمتر از ۰/۰۵ تعیین گردید.

نمونه‌های پژوهش با توجه به ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل کردن رضایت‌نامه کتبی مربوط به آن، داشتن حداقل یک مشکل جسمی و جنس مؤنث به شکل تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین ترتیب همکاران پژوهش‌گر هر روز از ساعت ۹ تا ۱۱ صبح

تحقیق فاکتورهایی مانند سایکوز، نوروتیسم، عدم تعادل روانی و رضایت از زندگی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی نشان داد اعتقادات خرافی در افراد نوروتیک بیشتر است. زنان نیز تمایل بیشتری به اعتقادات خرافی دارند اگر چه اعتقاد آن‌ها به خرافات مثبت بیشتر است. در بررسی ارتباط بین رضایت از زندگی و اعتقادات خرافی نتایج نشان داد هرچه اعتقاد به خرافات بیشتر باشد رضایت از زندگی کمتر است. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که اعتقادات خرافی مثبت می‌تواند درک فرد از خود و اثربخشی فرد را بهبود دهند.^(۲۶)

وقتی اعتقادات خرافی شدت داشته باشند می‌توانند خطرناک باشند برای نمونه افزایش تصادفات ترافیکی در جمعه‌ها ۱۳ ماه.^{(۲۷)،(۲۳)} اعتقاد به اتفاقات یا اشیا یا حیوانات خوش‌یمن یا بدیمن می‌تواند منجر به استرس و اختلال در سلامتی روان شود.^(۲۸) حتی اگر فردی به اعتقادات خرافی و درمان‌های مربوط به آن عقیده یابد می‌تواند منجر به غفلت وی از درمان‌های مناسب شود.

اعتقادات خرافی همچنین می‌توانند با افزایش سطح اضطراب منجر به ایجاد استرس و تضعیف ایمنی بدن شوند.^(۲۹)

نتایج پژوهش کیفی در ایران و روی ۳۸ نمونه از بیماران افغانی در اصفهان نشان داد که از نقطه نظر این بیماران پرستاران روی وظایف درمانی خود تأکید زیادی دارند اما به مسائل اخلاقی و ارتباطی کمتر اهمیت می‌دهند. این گروه فرهنگی اقلیت اظهار داشتند پرستاران باید با حساسیت بیشتری اختلافات فرهنگی فی ما بین و عقاید آن‌ها درباره بیماری‌شان را تحت نظر قرار دهند و به طور یکسان با سایر بیماران روش‌های درمانی و مراقبتی را برای آن‌ها فراهم کنند و معتقدند پرستاران کمتر آن‌ها را مورد مشاهده قرار داده و حتی مهارت‌های ارتباطی با آن‌ها ضعیف بوده است.^(۳۰)

در مطالعات دیگری که بر روی بیماران سرطانی در پنسیلوانیا انجام شد مشخص شد ۹۵ درصد از بیماران معتقدند پزشکان باید درباره عقایدشان در مورد بیماری‌شان از آن‌ها سؤال کنند و حتی ۶۴ درصد معتقدند پزشکان باید با بیماران خود اعتقاد مشترکی داشته باشند.^(۳۱)

شناسایی ارزش‌ها و باورها در پیشبرد حرف بهداشتی درمانی مؤثر است. وقتی کادر بهداشت و درمان بتوانند ارزش‌هایی را که انگیزه‌ای برای تصمیمات و رفتارهای بیمار به شمار می‌آیند بشناسند قادر خواهند بود هنگام آموزش و مشاوره با بیمار از

در بررسی علل دموگرافیک گرایش به خرافات مراجعین به افراد غیر درمانی مشخص شد بیشترین افراد مراجعه‌کننده در گروه سنی ۲۳-۳۳ سال (۴۱/۸ درصد) قرار داشته، متأهل (۶۹ درصد) و دارای تحصیلات دیپلم (۲۶/۵ درصد) بوده‌اند ضمن آنکه ۵۸/۵ درصد مراجعان درآمدی متوسط داشته و ۵۳/۳ درصد آن‌ها شهرنشین و ۵۷ درصد نیز خانه‌دار بودند.

نتایج بررسی نشان داد مشکلات بارداری و زایمان با ۲۰ درصد موارد بیشترین علت مراجعه و مشکلاتی مانند درد اعضای بدن (۱۶/۵ درصد)، سقط و مرده‌زایی (۱۶/۳ درصد) و نازایی (۱۲/۳ درصد) به ترتیب در اولویت‌های بعدی مراجعه قرار داشتند. زردی و لکنت‌زبان (گزینه سایر موارد) با ۴/۸ درصد کمترین مشکل جسمی مطرح شده از سوی مراجعین به افراد غیردرمانی بوده است. (جدول ۱)

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی و مطلق واحدهای مورد پژوهش مراجعه‌کننده به افراد غیر درمانی برحسب علل جسمی

علل جسمی	فراوانی		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نازایی	۴۹	۱۲/۳	۴۰۰	۱۰۰
سقط و مرده‌زایی	۶۵	۱۶/۳		
بارداری و زایمان	۸۰	۲۰		
قاعدگی	۳۱	۷/۸		
صرع و تشنج	۵۰	۱۲/۵		
درد بدن	۶۶	۱۶/۵		
جوش بدن	۲۰	۵		
شب ادراری	۲۰	۵		
سایر موارد	۱۹	۴/۸		

بیماری‌شان اعتقاد داشتند ۱۸/۳ درصد نیز اعتقاد داشتند بیماری‌شان علتی دارد که تنها افراد غیردرمانی قادر به درمان آن هستند.

۲۴/۸ درصد نمونه‌ها معتقد بودند که مراجعه به افراد غیر درمانی در کاهش اضطراب و نگرانی آن‌ها تأثیر مثبتی داشته و ۲۲ درصد نیز به استفاده از درمان‌های پزشکی در کنار روش‌های افراد غیردرمانی تا حد زیادی اعتقاد داشتند.

و ۴ تا ۶ عصر که قبلاً از طرف پژوهش‌گر و افراد غیر درمانی مورد توافق قرار گرفته بود و بیشترین مراجعه‌کننده را داشت در محل حاضر شده و به طور تصادفی ساده اقدام به نمونه‌گیری و تکمیل کردن پرسشنامه نمودند. لازم به ذکر است هر پرسشنامه توسط پرسشگران برای نمونه‌ها خوانده شده و پاسخ آن‌ها همزمان ثبت گردید ضمن آنکه پژوهش‌گر نسبت به حفظ اطلاعات و عدم ثبت نام و نام خانوادگی به مراجعین اطمینان داده و رضایت کتبی از آن‌ها اخذ نمود. معیارهای خروج از مطالعه شامل مراجعه به دلایل غیر جسمی و عدم تمایل به شرکت در آزمون بوده است.

روش و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته شامل ۶۰ سؤال و دو بخش بود که مشخصات دموگرافیک و جسمی واحدهای مورد پژوهش را مورد بررسی قرار داد.

جهت بررسی اعتبار علمی ابزار از اعتبار محتوا استفاده شد بدین ترتیب که با مطالعه کتب و منابع موجود، پرسشنامه تنظیم و توسط اعضاء هیأت علمی مورد بررسی قرار گرفت و نظرات اصلاحی در پرسشنامه اولیه اعمال و نسخه اصلاح شده مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین اعتماد علمی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد به این ترتیب محقق در دو نوبت و به فاصله ۱۰ روز پرسشنامه را برای ۵۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به افراد غیردرمانی که دارای مشخصات همگون با نمونه‌های پژوهش بودند تکمیل نمود و پس از جمع‌آوری داده‌ها و تعیین ضریب همبستگی با درجه اطمینان بیش از ۹۵ درصد و خطایی کمتر از ۰/۰۵ پرسشنامه نهایی تأیید گردید. در نهایت داده‌های پژوهش پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار SPSS 13 و آزمون آماری کای اسکور و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۶۲/۳٪ از مراجعه‌کنندگان سابقه قبلی مراجعه به افراد غیردرمانی را داشتند و ۴۹/۸٪ از آن‌ها در دفعات قبل مراجعه نتایج مثبتی گرفته بودند. این در حالی است که ۸۷/۵ درصد مراجعان سابقه مراجعه به پزشک جهت رفع مشکلات جسمی خود را داشته و در بیشترین دفعات مراجعه بین ۱-۴ بار (۴۳/۵ درصد) موارد به پزشک مراجعه نموده‌اند. (میانگین مراجعه ۴/۶۴ بار)

بررسی علل روانی نیز نشان داد ۱۶/۵ درصد از مراجعان به نقش طلسم و جادو و ۴۰/۳ درصد به اثر چشم‌زخم در بروز

بحث و نتیجه‌گیری

عوامل بیولوژیک، روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، فردی (سن، جنس، اعتماد به نفس، وضعیت سلامت ادراک شده، تعریف مرگ، نژاد) می‌توانند پیشگویی‌کننده رفتار مربوط به سلامتی باشد.^(۳۴)

نتایج تحقیقات مارجانا لیندمن و آرنیو در ۲۰۰۷ نشان داد خرافات از نظر اغلب افراد در مورد مسائلی ایجاد می‌شود که گیج‌کننده و یا بر خلاف قوانین شناخته شده طبیعت هستند. این‌گونه تفکرات اکثراً راجع به وقایعی رخ می‌دهد که قابل درک مستقیم توسط حواس نبوده یا دانش کمی در مورد آن‌ها وجود دارد.^(۳۵)

گروهی از محققان دسته‌بندی‌هایی را در ارتباط با عوامل مؤثر بر خرافات در نظر گرفته‌اند که شامل مشخصات فردی، ویژگی‌های هیجانی و شناختی و علل دموگرافیک و اجتماعی هستند.^(۳۶) اما علی‌رغم همه این بررسی‌ها هنوز هم شکل کلی خرافات غیر قابل توجیه است.

در بررسی ارتباط میان ویژگی‌های دموگرافیک و علل روانی آزمون‌های آماری نشان داد اعتقاد به وجود علل فوق طبیعی در ایجاد بیماری‌ها در بیشترین موارد در افراد ۶۶-۵۶ سال (۳۳/۳ درصد)، افراد متأهل ۲۶/۹ درصد، افراد با تحصیلات ابتدایی ۲۴/۴ درصد، کشاورزان ۲۲/۸ درصد و افراد کم درآمد ۲۰/۵ درصد بود.

در مطالعه‌ای نیز مشخص شد نزدیک به نیمی از بیماران شرکت‌کننده اظهار کردند که بیماری‌شان علل فوق طبیعی دارند.^(۳۷)

مرداک ۱۳۹ اعتقاد قدیمی را درباره علل بیماری‌ها از اطلس قوم‌شناسی شناسایی نموده و در یک دسته‌بندی به این نتیجه رسید که در گروه علل طبیعی عللی چون استرس، عفونت و نقائص ارگانیک و در گروه علل فوق طبیعی عللی چون سرنوشت، کیف‌های اسرارآمیز و علل جادویی بودند.^(۳۸،۳۹)

مطالعه حاضر همچنین نشان داد ۳۶/۵ درصد از افراد بی‌سواد و ۴۶/۲ درصد افراد کم‌درآمد معتقد بودند که مراجعه به افراد غیر درمانی منجر به کاهش اضطراب و نگرانی آن‌ها شده است. ۴۶/۲ درصد از افراد کم‌درآمد نیز نقش چشم‌زخم را در بروز بیماری‌شان تا حد زیادی مؤثر دانسته‌اند. همچنین ۲۰/۹ درصد از افراد ۴۵-۵۵ سال، ۲۶/۸ درصد متأهلین و ۲۳/۱ درصد

کم‌درآمدها به نقش طلسم و جادو در ایجاد بیماری‌هایشان اعتقاد داشتند.

پلتزر ۲۰۰۳ نقش رسومات و عقاید سنتی و قدیمی و حتی مذهبی را در بروز عقاید دخیل دانسته است. در تحقیق پلتزر که بر روی ۵۰۴ دانش‌آموز و ۲۴۴ دانشجو در آفریقای جنوبی در سال ۲۰۰۳ انجام شد ارتباط میان تفکرات خرافی و اعتقادات غیرعادی با سن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد دانش‌آموزان عقاید خرافی بیشتری نسبت به دانشجویان داشتند در مقابل دانشجویان عقاید بیشتری به روح و خرافات وابسته به آن داشتند. همچنین اعتقادات مذهبی ارتباط معنادار و معکوسی با تفکرات خرافی داشت.^(۴۰)

از دیدگاه مذهب اسلام نیز همان‌گونه که در نهج‌البلاغه حکمت ۴۰۰ آن در مورد نفی خرافه آمده است امام علی (ع) می‌فرماید: "چشم زخم حقیقت دارد، سحر و جادو و استفاده از نیروهای مرموز طبیعت حقیقت دارد. اما رویداد بد را بدشگون دانستن درست نیست."^(۴۱)

چشم‌شور *evil eye* اعتقاد رایج در ترکیه است. جادوگری نیز همراه با شرایطی مانند عدم توانایی تمرکز، ضعف بدنی، اژیتاسیون، سردرد، گیجی و دیسترس‌های هیجانی مطرح می‌شود. اگرچه اعتقادات طبیی زیادی نیز موجود است.^(۴۲)

در تحقیقات زب در بررسی ارتباط خرافات با کنترل اضطراب به عنوان پیش‌آگهی دیسترس‌های روانی که در سال ۲۰۰۳ در آمریکا انجام شد ۱۹۱ نفر از دانشجویان به طور تصادفی انتخاب شدند نتایج بررسی نشان داد هر چه اعتقادات خرافی بیشتر باشد احساس کنترل بر اضطراب کاهش می‌یابد. در زنان نیز اعتقادات خرافی یک ریسک‌فاکتور در پیشبرد اختلالات اضطرابی محسوب می‌گردد.^(۱۵) اعتقادات علتی ممکن است روی شیوه تجربه بیماری‌ها مؤثر باشد^(۴۳،۴۴،۴۵) همین مسأله در مورد جنس و سطح تحصیلات نیز صدق می‌کند.

آزمون‌های آماری همچنین نشان داد ۴۱/۷ درصد ۶۶-۵۶ ساله‌ها، ۴۲/۲ درصد متأهلین، ۴۸/۱ درصد بی‌سوادها، ۲۵ درصد خانه‌داران، ۷۴/۴ درصد کم‌درآمدها از روش‌های افراد غیر درمانی در کنار درمان‌های پزشکی استفاده می‌کنند.

در تحقیقی که بر روی افراد مبتلا به صرع در ترکیه انجام شد ۳/۴٪ مبتلایان فقط از درمان‌های بومیان و ۱۰/۳٪ از درمان‌های بومیان در کنار درمان‌های پزشکی استفاده

می‌کردند. اما ۶۵٪ نمونه‌ها حداقل یک بار از درمان‌های بومیان یا رسومات خاصی که جهت درمان صرع در ترکیه وجود دارد استفاده کرده‌اند و تقریباً ۱/۳٪ از آن‌ها طلسم‌هایی را به گردن دارند که بومیان به آن‌ها داده‌اند^(۴۶)

تحقیقات نشان می‌دهد که گاهی عقاید متناقضی ممکن است با هم رخ دهد به طوری که در تحقیقات وابستگی اعتقاد به علل طبیعی و فوق طبیعی نشان داده شده است. پس غیر طبیعی نیست که بیماران از اشکال گوناگون درمان برای درمان خود استفاده کنند که حتی ممکن است همیشه سازگار هم نباشند.^(۴۷)

نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد میان عوامل دموگرافیک مطرح شده و گرایش به افراد غیردرمانی در مبتلایان به بیماری‌های جسمی ارتباط معناداری وجود دارد. در میان علل جسمی عنوان شده از سوی مراجعین بارداری و زایمان با ۲۰ درصد موارد، بیشترین و مشکلاتی مانند درد اعضای بدن ۱۶/۵ درصد و سقط و مرده‌زایی ۱۶/۳ درصد در مراحل بعدی قرار داشتند.

بررسی‌ها در سایر نقاط جهان نیز نشان داده است که عمده‌ترین علت مراجعه بیماران به افراد غیر درمانی، راهبان بودایی، دعاگران، رمالان و عطاری‌ها در چین ۴۱ درصد عفونت و ۱۱ درصد به علت مشکلات تنفسی بوده است، ضمن آنکه این بیماران از مراجعه به پزشک امتناع کرده بودند.^(۳۰)

در انگلستان نیز مراجعین به عطاری‌ها و محل‌های غیردرمانی جهت معالجه، بیشتر به علت سندرم پیش از قاعدگی، سندرم روده تحریک‌پذیر، آگزما، آرتریت و علائم یائسگی بوده است.^(۴۸)

درمانگران محلی در زامبیا برای برخی انواع تشنج و یا مواردی از بیماری‌ها با علائم صرع عللی مانند جادو را مؤثر می‌دانند و در درمان‌های خود برای اولین تشنج استفاده از گیاهان خاص و یا موادی که از حیوانات به دست آمده بود استفاده می‌کنند. افرادی که با این درمان‌ها بهبود نمی‌یافتند نیز به درمانگران دیگر ارجاع داده می‌شدند^(۴۹) در تحقیقات باسکیند مشخص شد تمامی درمانگران مورد مطالعه به نقش جادو در تشنج و تقریباً تمامی مردم جامعه مورد پژوهش نیز به چنین عللی در ایجاد بیماری‌ها معتقد بودند. البته این اعتقاد تنها به افراد بی‌سواد یا با تحصیلات پایین محدود نبود و برخی از پزشکان نیز به آن معتقد بودند.

اعتقادات و واکنش‌های مختلفی درباره ناهنجاری‌هایی مانند شکاف کام و لب وجود دارد. این اعتقادات از احساس گناه در پدر و مادر تا اعتقادات خرافی متفاوت هستند.^(۵۰)

در تحقیقی کیفی در تابلند بر روی ۳۰ زن باردار به منظور بررسی اعتقادات آن‌ها در مورد بارداری و تولد نوزادان نتایج نشان داد اگرچه زنان نمونه همگی در یک جامعه زندگی می‌کردند اما رفتارهای منحصر به فردی در مورد بارداری و مراقبت از خود در این دوران نشان می‌دادند که آن‌ها را از یکدیگر متمایز می‌نمود. در بیشتر جوامع زنان باردار از فعالیت‌های اجتماعی طبیعی فاصله می‌گیرند اگرچه در بیشتر نمونه‌ها این جدایی از نظر فیزیکی وجود داشت اما معمولاً جدایی رفتاری و رژیم غذایی نیز به چشم می‌خورد. به عنوان مثال زنان تلاش می‌کردند خود را از موقعیت‌ها، اشیاء، افراد و یا آنچه گمان می‌کردند ممکن است برای سلامتی‌شان خطرناک باشد فاصله بگیرند. فرهنگ‌های گوناگون و عقاید و رسومات درباره بارداری هرکدام قسمتی از سیستم بزرگتری از اعتقادات مردان و زنان، خانواده، اجتماع، طبیعت، منطقه زندگی و قدرت‌های فوق طبیعی است.^(۵۱)

ماماهای محلی با اجرای تشریفات محلی یا مذهبی و ذکر کلمات زیر لب و یا استفاده از برخی مواد موسوم به دارو به شکل موضعی، خوراکی قبل، حین یا بعد از زایمان نقش مهمی را در این اعتقادات دارند. این افراد متعلق به فرهنگ و اجتماع مددجویان خود هستند. ویژگی اجتماعی زنان بر عملکرد و اعتقادات آن‌ها مؤثر است. این عقاید قدیمی بیشتر از آنکه غیر عادی به نظر بیاید قسمتی از کار روزانه و عادی این ماماها و زنان فقیر شهری شده است.^(۵۲)

هیچ یافته دقیقی از میزان اعتقاد به خرافات در ایران وجود ندارد اما بسیاری از پزشکان در ایران معتقدند تعداد زیادی از بیماران روانی معتقدند به علل فوق طبیعی دچار بیماری شده‌اند و به همین دلیل به پزشکان مراجعه نکرده و به افراد دیگری مانند درمانگران محلی مراجعه می‌کنند. در تحقیق در کرمان در این میان ۸۸/۴ درصد مردان و ۶۵/۹ درصد زنان اعتقاد به خرافات مثبت و ۱۱/۶ درصد مردان و ۳۴ درصد زنان اعتقاد به خرافات منفی داشتند. روش‌های درمانی خرافی نیز در ۷۱/۱ درصد مردان و ۴۸/۹ درصد زنان تأثیر مثبتی بر درمان آن‌ها داشته است درحالی‌که ۲۸/۹ درصد مردان و ۵۱/۱ درصد زنان آن را منفی دانسته‌اند. ۷۷/۸ درصد بیماران معتقد

بودند دلایل خرافی منجر به بیماریشان شده و ۶۰/۷ درصد آن‌ها درمان‌های خرافی را حداقل یک بار استفاده کرده بودند. درحالی‌که ۵۳/۳ درصد نیز بیش از یک بار در بیمارستان‌ها و مراکز اورژانس مراجعه و بستری شده بودند و ۱۹ نفر نیز داروهای خود را قطع کرده و به روش‌های خرافی روی آورده بودند. در بررسی کرمان رابطه معکوس سطح سواد با اعتقاد به خرافات است.^(۵۳)

در مطالعات مشابه در چین نیز ۷۴/۳ درصد اسکیزوفرنی‌ها با جادوگران مشورت کرده و در هند نیز ۶۲ درصد اسکیزوفرنی‌ها این کار را می‌کنند.^(۵۴) در ترینیداد نیز مشخص شد ۲۵ درصد دانشجویان پزشکی به علل خرافی در ایجاد بیماری‌ها معتقدند.^(۵۵)

فقط یک تحقیق در کشورهای اسلامی در مورد خرافات انجام شده بود که تحقیق مشخص کرد که در کراچی پاکستان ۷۳ درصد مردم مورد مطالعه برخی اعتقادات خرافی در مورد مشکلات وابسته به سلامتی‌شان دارند.^(۵۶)

همچنین نتایج نشان داد بیشترین سابقه مراجعه به افراد غیر درمانی در افراد ۶۶-۵۶ سال (۱۰۰ درصد)، همسر فوت شده (۹۲/۳ درصد)، بی‌سوادان (۸۸/۵ درصد)، افراد کم‌درآمد (۸۷/۲ درصد)، روستاییان (۷۵/۴ درصد)، کشاورزان (۷۷/۲ درصد)، رخ داده است.

در مطالعه‌ای که توسط میناسو همکارانش بر روی ۴۴۴ نفر از مهاجران ترکیه‌ای ساکن ملیورن انجام شد اعتقادات درباره بیماری‌های جسمی و روانی بررسی شد که تقریباً مشابه تحقیق حاضر می‌باشد.^(۵۷) در دسته‌بندی اولیه علل بیماری‌ها در دو گروه طبیعی و فوق طبیعی قرار گرفتند. نتایج نشان داد زنان بیش از مردان به علل فوق طبیعی به ویژه سرنوشت، طلسم‌های خوش‌یمن و بدیمن و جادو در ایجاد بیماری‌ها اعتقاد داشتند. در میان اعتقادات فوق طبیعی اعتقاد به خوش‌یمنی و بدیمنی و کیف‌های غیر تصادفی مرموز علل جادو و سرنوشت بیشتر از دیگر علل دیده شد. این اعتقاد اغلب با توجه به اعتقادات و فرهنگ نسل‌های گذشته قابل توجه به نظر می‌رسد. برای مثال کیف‌های ناشی از شکستن تابوها را می‌توان مثال زد، یا خوردن و آشامیدن موادی که از نظر فرهنگ یا مذهب ممنوع شده است که به نظر با تحقیقات قبلی هم‌خوانی دارد.^(۵۸،۵۹،۶۰)

از نظر تأهل نیز بیشتر اعتقاد به علل فوق طبیعی در افراد بیوه و مطلقه دیده شد. همچنین نتایج نشان داد افرادی که تحصیلات بالاتری داشتند کمترین اعتقادات خرافی را نشان دادند. در مطالعه^(۶۱) مشخص شد که زنان و افراد با تحصیلات بالاتر بر علل روانی اجتماعی بیشتر از علل فوق طبیعی به عنوان علل بیماری‌ها تأکید دارند. از نظر محل زندگی نیز افراد ساکن شهر نسبت به روستاییان بیشتر به علل متافیزیک و طبیعی اعتقاد داشتند. اگرچه آزمون‌های آماری ارتباط معناداری میان سن با اعتقاد به علل بیماری‌ها نشان نداد اما شرکت‌کنندگان جوانتر گرایش بیشتری به اعتقاداتی داشتند که از نسل‌های پیش به آن‌ها رسیده است.^(۵۹)

آزمون‌های آماری پژوهش حاضر، ارتباط معناداری را بین سابقه و تعداد دفعات مراجعه به پزشک با عوامل دموگرافیک نشان داد به طوری که بیشترین سابقه مراجعه به پزشک جهت رفع مشکلات جسمی مطرح شده در گروه سنی ۶۶-۵۶ سال ۹۱/۷ درصد، در افراد با تحصیلات ابتدایی ۹۸/۸ درصد و در کشاورزان ۹۳ درصد بود. همچنین بیشترین دفعات مراجعه به پزشک در افراد ۶۶-۵۶ سال در ۷۲/۷ درصد موارد و همسر فوت شده‌ها با ۶۲/۵ درصد هر کدام ۱۲-۹ بار به پزشک مراجعه کرده‌اند این مقدار برای افراد با تحصیلات ابتدایی ۵۱/۹ درصد در ۸-۵ بار مراجعه و در افراد با درآمد متوسط ۱-۴ بار در ۵۶/۱ درصد موارد بود. آزمون‌های آماری ارتباط معناداری میان سایر ویژگی‌های دموگرافیک با سابقه و دفعات مراجعه به پزشک نشان نداد.

طبق اعلام وزارت بهداشت در ایران و در سال ۱۳۸۴، ۵۰ درصد بیماران فقط در موارد ضروری مثل سرطان یا شکستگی به پزشک مراجعه کرده‌اند و اغلب خوددرمانی می‌نمایند و طبق همین آمار ۳۰/۸ درصد از مردم مصرف خودسرانه دارویی دارند.^(۶۲)

تحقیقات نشان می‌دهند معمولاً موانع موجود برای عمل کردن به یک رفتار که شامل احساس بی‌فایده‌گی، ناراحتی، گرانی، سختی و یا وقت‌گیر بودن هستند، به اجتناب از یک رفتار منجر می‌شوند.^(۶۳) از طرفی چنانچه فردی در مورد یک رفتار احساس مثبتی داشته باشد به احتمال زیاد آن را تکرار می‌کند.^(۶۴) پس می‌توان گفت تجربیات مثبت و منفی می‌تواند بر گرایش و اعتقادات تأثیر بگذارند. به طوری که

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه کسانی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند از جمله مراجعه‌کنندگان محترم مورد پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد

خوش‌بینی که با اعتقادات خرافی مثبت به دست می‌آید در واقع یک امتیاز و درک مثبت از زندگی است^(۶۴) و همین ویژگی‌ها و تجربیات فرد می‌توانند در ارتقاء سلامتی مؤثر باشند.^(۳۴)

از یافته‌ها چنین بر می‌آید که دموگرافیک، مدرنیسم، فاکتورهای فرهنگی و وجود بیماری همه در عقاید درباره بیماری در جوامع را تأثیر دارند. عقاید قدیمی علی‌رغم مدرنیسم و گرایش‌های فرهنگی و تغییرات آن همچنان با پرجا هستند.^(۶۵،۶۶)

فاکتورهای زیادی بر عقاید افراد درباره بیماری‌ها مؤثر هستند که ممکن است تغییر کنند و یا حتی تحت تأثیر

تجربیات افراد قرار گیرد. این واضح است که اگر بخواهیم بگوییم عقاید افراد راجع به بیماری‌ها در یک جامعه حتی اگر دارای یک فرهنگ باشند باید شبیه باشند اشتباه کرده‌ایم. کادر بهداشتی درمانی کارا کسانی هستند که به نحوه تأثیر ارزش‌های بیمار و ارزش‌های خود در برقراری روابط متقابل حساس هستند. غالباً در خدمت‌رسانی بهداشتی، بین نیازها و زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی مردم و خدمات ارائه شده ارتباط منطقی وجود ندارد.^(۶۷) قومیت و فرهنگ متغیرهای مهمی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی گروه‌های بهداشت و درمان هستند.^(۶۵) ریچمن تأکید دارد که طراحی برنامه‌های درمانی باید براساس نیازها و توانایی‌های بالقوه اجتماعی و ایجاد سیستم‌های محلی درمانی قابل جایگزینی و توضیح برای مردم باشد. همچنین شناسایی مشکلات مربوط به سلامت روان و اپیدمیولوژی فرهنگی و منابع و تجربیات محلی را می‌توان در کنار هم قرار داد تا رفتارهای مردم و اعمال بهداشتی آن‌ها قابل توجیه شود.^(۶۸)

برای این کار باید آمار دقیقی از نقص‌های سیستم‌های قدیمی و جدید و منابع و اطلاعات درباره درمان‌های سنتی و ملاک‌های تخصصی را فراهم نمود.^(۶۹) به این ترتیب کادر درمان باید ارتباط درمانی خود را با ارزش‌ها و عقاید افراد در مورد سلامتی و بیماری هماهنگ سازد تا به سادگی قادر به درک تفکر آن‌ها باشد.

Reference

- 1- Huque, M. Chowdhury, A. H. A Scale to Measure Superstition. *Journal of Social Sciences*. 2007, 3 (1): 18-23.
- 2- Rvinson, David. *Sperstition in Medicine: Bad luck or Bad logic*. *Annals of Emergency Medicine*. 2005, 31(5). pg650-652.
- 3- Ruth, Sorelle. *A history of stigma and superstition*. *Epilepsy Journal*; 2003. 1(1)
- 4 - Rice, T. *Believe it or not: religious and other paranormal beliefs in the United States*. *Journal for the Scien-tiWe Study of Religio*. 2003. 42, 95-106.
- 5- Lange, R. *etal Objective measurement of paranormal belief*. *Psychological Repotrs*. 2003. pg132-137
- 6- Lange, R. *Top-down purification of tobacyks revised paranormal belief scale*. *Personality and Individual Differences*. 2003. 29(12), pg122-134.
- 7- Hartmann, Peter. Reuter, Martin. Nyborg, Helmuth *The relationship between date of birth and individual differences in personality and general intelligence: a large-scale study*. *Biritish Journal of Educational Psychology*. 2006. 66(4).
- 8- Ghabeljo, S. *Application of management skills in nursing services*. Tehran, Noordanesh publication, 1th ed, 1384, pg6. [Persian]
- 9- Puckree, T; Mkhize, M; Mgobhozi, Z, et al. *African traditional healers: what health care professionals need to know*. *Int J Rehabil Res*. 2002; 25: 247-51. [PubMed]
- 10- Sidley, P. *South Africa to regulate healers*. *Biritish Medical Journal*; 2005 . 123(12).
- 11- Slikkerveer, L. J. *Rural health development in Ethiopia problems of utilization of traditional healers*. *Epilepsia Journal*. 2005, 172, 645-650.
- 12- Kreitzer, M. *Use of cam therapis with cardiovascular patients patterns of utilization of cam Therapies by patient*. university Minesota, 2003 , pg 505-508.
- 13- Watt, F. *Habituation model of systematic desensitization*. *Psychological Bulletin*. 2003 , 87(22), pg10 627-637.
- 14- Teasdale, J. Rachman, L. B. *Learning models of obsessional compulsive disorder*. *Journal of Clinical Nursing*. 2002 , 12(3)
- 15- Zebb, B. J. *Another look at the psychometric properties of the anxiety control questionnaire*. *Journal Behavior Research and Therapy*; 2003. 37, (28). 191-203.
- 16- Garcia, Jose M. *Metacongitionsin patients whit hallucination and obsessive-compulsive disorders: The superstition factors*. *Journal Research and Thrapy*. 2005. 23(2).
- 17- Fidalgo, Perez. *Influence of metacognitive variable and thought suppression on number of thoughts discomfort they produce and number and quality of auditory illusions*. *Cognitive Behaviour Therapy*; 2004. 33(18), pg181-186.
- 18- Woods, B. A. Marcks. *A comparison of thought suppression to an acceptance- based technique in the management of personal intrusive thoughts*. *Journal Behavior Research and Therapy*; 2005 . 43(22), 433-445.
- 19- Dixon, L. Green Paden, L. *Variables associated with disparities in treatment of patients with schizophrenia and morbid mood and anxiety disorders*. *Psychiatric services*. 2003 . 52(18) .pg 118-132.
- 20- Maller, J. B. & Lundeen, G. E. *Superstition and emotional maladjustment*. *Journal of Educational Research*, 1934. 27(3), 593-617.
- 21- Musch, J., & Ehrenberg, K. *Probability misjudgment, cognitive ability, and belief in the paranormal*. *British Journal of Psychology*, 2002. 93, 169-177.
- 22- Edis, T. *The rationality of an illusion [Electronic Version]*. 2000. *Humanist*, 60, 28-33.
- 23- Hughes, C. *Medicine and magic [Electronic Version]*. *Student BMJ*, 2002. 10, 132-133.
- 24- Irwin, H. J. *Paranormal belief and proneness to dissociation*. *Psychological Reports* . 1994, 75, 1344-1346.
- 25- sach, JHku. *Superstition and self-efficacy in Chinese postgraduate students*. *Journal Psychological Bulletin in Chines*; 2005 . 95(2), 485-486.
- 26- Wiseman, Richard. Watt, Carolina. *Measuring superstition belief: Why lucky charms matter*. *personality and Individual Differences*; 2004 . 37(8).
- 27- Nayha, S. *Traffic deaths and superstition on Friday the 13th [Electronic Version]*. *The American Journal of Psychiatry*, 2002. 159(12), 2110-2111
- 28- Lewis, J. M., & Gallagher, T. J. *The salience of Friday the 13th for college students [Electronic Version]*. *College Student Journal*, 2001. 35(2), 216.
- 29 - James, A., & Wells, A. *Death beliefs, superstitious beliefs and health anxiety*. *British Journal of Clinical Psychology*. 2002, 41, 43-53
- 30- Motamedi, B. *Role of culture in boosting the Morality and Nursing care*. Thesis in master degree. Azad university , Dahaghan center. 1383, pg82 . [In Persian].
- 31- Ehman, J. W. *Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs in they become gravely ill?* *Ann intern Med*, 2004 . pg159. 43.
- 32- Collins, S. E. *Rethinking the patient self-determination act: impelementation whithout effectiveness*. *Journal of Nursing law*, 2002 , 6(3), pg 29-46.
- 33- Dabaghi, F. Farahani nia, M. *lessons of family health*. Tehran. Salemi publication. 1384, pg 112- 123.

- 34-Taylor, C. *Taylor nursing principles .translated by members of shahid beheshti's scientific board in nursing university .Tehran, part 1 & 3, first ed. Boshra publication. 1383. pg 21-25 . [Persian].*
- 35-Lindeman, M. Aarnio, K. Superstitious, magical, and paranormal beliefs: An integrative model. *Journal of Research in Personality* .2007. 41, 731–744.
- 36- Zusne, L., & Jones, W. H. *Anomalistic psychology: A study of magical thinking (2nd ed.)* 1989. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 37-Ilechukwu, STC. *Inter-relationships of beliefs about mental illness, psychiatric diagnoses and mental health care delivery among Africans. The International Journal of Social Psychiatry*. 1988; 34: 200–206. doi: 10.1177/002076408803400305. [PubMed]
- 38- Murdock, GP; Wilson, SF; Frederick, V. *World distribution of theories of illness. Transcultural Psychiatric Research Review*. 1980; 17: 37–64. doi: 10.1177/136346158001700102.
- 39-Landrone, H; Klonoff, EA. *Cultural diversity in causal attributions for illness: the role of the supernatural. Journal of Behavioral Medicine*. 1994; 17: 181–193. doi: 10.1007/BF01858104. [PubMed].
- 40-Peltezer, Karl. Renner, Water. *Superstition, risk-taking and risk perception of accidents among south African taxi drivers. Accident Analysis and Prevention*. (2003). 35(4).
- 41-Dashti, M. Nahjolahagheh. Ghom. Aemeh publication. 1380. pg 726. [In Persian]
- 42-Ozturk, OM; Goksel, FA. *Folk treatment of mental illness in Turkey. In: Kiev A., editor. 43-Salmon, P; Woloshynowych, M; Valori, R. The measurement of beliefs about physical symptoms in English general practice patients. Soc Sci Med*. 1996; 42: 1561–1567. doi: 10.1016/0277-9536(95)00263-4. [PubMed].
- 44-Arefjord, K; Hallaraker, E; Havik, OE; Maeland, JG. *Illness understanding, causal attributions and emotional reactions in wives of myocardial infarction patients. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2002; 75: 101–114. doi: 10.1348/147608302169580.
- 45-Rief, W; Nanke, A; Emmerich, J; Bender, A; Zech, T. *Causal illness attributions in somatoform disorders: associations with comorbidity and illness behavior. Journal of Psychosomatic Research*. 2004; 57: 367–371. [PubMed]
- 46- Selekens, Macit. *The sociodemographic Findings, beliefs and behaviours of the patients admitted to kocaeli university, faculty of medicine, Epilepsy section. Seizure Journal*. 2004, 13(6).
- 47- Yeatman, GW; Dang, VV. *Cao gio (coin rubbing): Vietnamese attitudes toward health care. Journal of the American Medical Association*. 1980; 244: 2748–2749. doi: 10.1001/jama.244.24.2748. [PubMed].
- 48-Mojab, F. *Assessment of reasons related to reference of patients to Spiceries in Semnan. Semnan medical university*. 1382. [In Persian].
- 49- Baskind, R. Birbeck, G. *Epilepsy Care in Zambia: A Study of Traditional Healers Epilepsia*. 2005 July; 46(7): 1121–1126.
- 50- Eleanor C, Crocker, M. Crocker C. *Some implications of superstitions and folk beliefs for counseling parents of children with cleft lip and cleft palate*. 1969. *International Congress on cleft palate, Houston*.
- 51 - Liamputtong, P. Yimyan, S. et al. *Traditional beliefs about pregnancy and child birth among women from Chiang Mai, Northern Thailand. Journal Midwifery* .2005. 21, 139-153.
- 52-Liamputtong, P. Yimyan, S. et al. *Women as mothers: the case of Thai women in northern Thailand. International Social Work* .2002. 45, 497-515.
- 53-Alireza Ghaffari-Nejad. Fatemeh Pouya, Mohammad-Reza Kashani. *SUPERSTITIOUS BELIEFS AMONG PSYCHIATRIC PATIENTS IN KERMAN, IRAN. Arch Iranian Med* 2003; 6 (3): 184-188.
- 54-Yang D. *The patterns of the health care seeking behavior and related factors in the schizophrenic patients [in Chinese] Zhonghua Shen Jing Jing Shen Ke Za Zhi*. 1992; 25: 215 – 53.
- 55-Hutchinson G, Neehall JE, Simeon DL, et al. *Perception about mental illness among preclinical medical students in Trinidad and Tobago. West Indian Med J*. 1999; 48: 81 – 4.
- 56-Bukhari SS, Pardhan A, Khan AS, et al. *Superstitions regarding health problems in different ethnic groups in Karachi. J Pak Med Assoc*. 2002; 52: 383 – 7.
- 57- Harry Minas. Steven Klimidis. *Can Tuncer. Illness causal beliefs in Turkish immigrants . BMC Psychiatry*. 2007; 7: 34.
- 58-Karanci, AN. *Causal attributions for psychological illness among Turkish psychiatric in-patients and their relationships with hope. International Journal of Social Psychiatry*. 1986; 32: 3–12. doi: 10.1177/002076408603200401. [PubMed]
- 59-Karanci, AN. *Causal attributions for illness among Turkish psychiatric out-patients and differences between diagnostic groups. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993; 28: 292–295. doi: 10.1007/BF00795910. [PubMed]
- 60-Karanci, AN. *Caregivers of Turkish schizophrenic patients: causal attributions, burdens and attitudes to help from health professionals. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1995; 30: 261–268. doi: 10.1007/BF00805792. [PubMed]
- 61-Ilechukwu, STC. *Inter-relationships of beliefs about mental illness, psychiatric diagnoses and mental health care delivery among Africans. The International Journal of Social Psychiatry*. 1988; 34: 200–206

- 62-Akhavanbehbahani,A.Jame Jam newspaper,N1548,1384,pg 5.[Persian]
- 63 –Dogas,B. patient's care principles .translated by:Atashzadeh,F.part1.Tehran.the first ed. Golban publication.1383,pg 502-508.[In Persian]
- 64-Carver,CS.Scheier,MF. The hopeful optimist.Psychological Inquiry. 2004, pg ,288-289
- 65-Yeatman, GW; Dang, VV. Cao gio (coin rubbing): Vietnamese attitudes toward health care. *Journal of the American Medical Association*. 1980;244:2748–2749. doi: 10.1001/jama. 244. 24.2748.[Pub Med]
- 66-Al-Krenawi, A. Explanations of mental health symptoms by the Bedouin-Arabs of the Negev. *International Journal of Social Psychiatry*. 1999; 45: 56–64. doi: 10.1177/002076409904500107. [PubMed]
- 67-Jensan,H,V.Research in art history from the sunrise to current age. Translated by: Marzban,P . Tehran. Franklin publication.1382.pg 24-28.[In Persian]
- 68 -Reichman,LB.Tanne,JH. The global epidemic of multi-drug resistant tuberculosis.NEW YORK:mcjawn hill press: 2003 . 326(95),20-28.
- 69-Whorton,James.The superstition that masturbation could cause mental illness. *British Medical Journal*. 2004, 175(1),pg100-113.

Assessment of Superstition Tendency amongst Patients with Physical Illnesses Referred to Nontherapeutic People

Shahsavari.A Bayat.M

Abstract

Introduction: superstition is a common, usual phenomenon lead to diverse behaviors and attitudes. Human beings' beliefs also could determine health status and quality of life. This study aims to assess superstition tendency amongst patients with physical illnesses referred to nontherapeutic people.

Materials & methods: this research is descriptive study. Sampling was done randomly. samples were selected from 400-eligible women referred to nontherapeutic people in Aligoudarz city. Research instrument was a questionnaire used to assess demographic information and physical problems of study samples. Validity and reliability of questionnaire was approved by content validity and test-retest methods.

Results: results showed that problems related to pregnancy and labor (20%), limbs pain (16/5%), abortion and still birth (16/3%) were the most prevalence reasons for study samples to refer to nontherapeutic people. Besides, 16/5 % of them believed in the role of magic and 40/3 percent of them believed in evil eyes on manifestation of their illnesses. Moreover, 18/3% of samples believed that only nontherapeutic people could treat them because of their especial reasons due to their illnesses. K-Squer and Fisher-test showed meaningful relation between demographic information and physical problems of samples.

Conclusion: frequent references of patients with physical disorders to nontherapeutic people could indicate that people's beliefs related to health and illness is really effective on their healthy behaviors, consequently, recognition such beliefs could affect maintaining and boost the level of health and selection of better medical health styles.

Key words: Superstition, Nontherapeutic People, Physical Illnesses