

## دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان

سید حسین سراج‌زاده، دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی تهران\*

فاطمه جواهری، دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی تهران

سمیه ولایتی خواجه، کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی

### چکیده

یکی از موضوع‌هایی که در دهه‌های اخیر وارد حوزه جامعه‌شناسی شده و توجه بسیاری از محققان اجتماعی را به خود جلب کرده، نقش مهم تعیین‌کننده‌های اجتماعی در سلامت انسان است. در این مقاله، رابطه سلامت با برخی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی شامل دینداری، سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی آزمون می‌شود. این مطالعه یک مطالعه پیمایشی است که جمعیت آماری آن را دانشجویان دانشگاه تبریز تشکیل می‌دهند. اطلاعات مورد نیاز برای سنج‌های دینداری، سبک زندگی سلامت محور، حمایت اجتماعی و سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) با پرسشنامه از یک نمونه ۳۵۰ نفری که براساس فرمول کوکران تعیین و به روش طبقه‌ای متناسب انتخاب شدند، به دست آمد. آزمون‌های اعتبار و پایایی مؤید اعتبار و پایایی بالای سنج‌ها بود. براساس یافته‌های تحقیق متغیرهای دینداری، سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی ۳۶/۸ درصد تغییرات سلامت کل، ۱۶/۶ درصد تغییرات سلامت جسمی، ۳۱/۲ درصد تغییرات سلامت روانی و ۳۲/۶ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. از نظر آماری دینداری دارای تأثیر معنادار مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت کل است، ولی در ابعاد مختلف سلامت، تأثیر دینداری به شیوه‌های مختلف نمودار می‌شود. دینداری به‌طور غیرمستقیم و از طریق متغیر سبک زندگی سلامت محور بر سلامت جسمی تأثیر دارد. اثر دینداری بر سلامت اجتماعی به‌طور غیرمستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است. تأثیر دینداری بر سلامت روانی هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم (از طریق حمایت اجتماعی) تأیید می‌شود. این یافته‌ها دلالت‌های نظریه‌های کارکردگرا در خصوص اثر مثبت دینداری بر سبک زندگی سلامت محور، حمایت اجتماعی و سلامتی، به‌خصوص سلامت روانی و سلامت اجتماعی را تأیید می‌کنند.

**واژه‌های کلیدی:** دینداری، سبک زندگی سلامت محور، حمایت اجتماعی، سلامت

## مقدمه و طرح مسأله

علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیری که علم پزشکی در شناسایی عوامل بیماری و درمان آنها داشته است، جامعه‌شناسان علاقه‌مند به مطالعه سلامت و بیماری و شناسایی عوامل مؤثر بر آنها هستند. نتایج مطالعات بسیاری از جامعه‌شناسان نشان داده که سلامت امری چند وجهی است؛ به این معنا که غیر از عوامل زیستی تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی نیز شکل می‌گیرد. بسیاری از صاحب‌نظران جامعه‌شناسی پزشکی بر این باورند که عوامل اجتماعی تأثیر بسزایی در سلامت انسان دارند و تبیین‌های زیست‌شناختی و یا پزشکی، به این دلیل که نقش مهم تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی را بر الگوهای سلامت و بیماری نادیده می‌گیرند، کافی و متقاعدکننده نیستند. همین امر موجب شده است جامعه‌شناسان مطالعه تعیین‌کننده‌های اجتماعی-فرهنگی سلامت را در کانون توجه خود قرار دهند. این قبیل مطالعات کمک می‌کنند تا شناخت ما نسبت به سهم عوامل اجتماعی-فرهنگی در تأمین حیات بشر افزایش یافته و با تراکم این مطالعات امکان بهتری برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در زمینه ارتقای سلامت اعضای جامعه فراهم شود.

تحقیق حاضر در راستای این هدف شکل گرفته و در صدد است تأثیر برخی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی-فرهنگی مانند دینداری، سبک زندگی سلامت محور و میزان برخورداری از حمایت اجتماعی را بر میزان سلامتی افراد در سطح یک نمونه دانشجویی آزمون نماید.

## دین و سلامت در متون نظری

در یک طبقه‌بندی می‌توانیم نظریه‌های مربوط به دین را به نظریه‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناختی تقسیم

کنیم. طبق تقسیم‌بندی اوانز پریچارد<sup>۱</sup> (۱۹۶۵) دو دسته نظریه روان‌شناختی درباره دین قابل تشخیص است: یکی نظریه عقل‌گرایانه که حاصل فعالیت عقلی انسان ابتدایی برای تبیین رویدادهای طبیعی و اجتماعی پیرامون خود است و در فرآیند تکامل تاریخی انسان جای خود را به علم می‌دهد؛ و دیگری نظریه عاطفه‌گرایانه که دین را پاسخی عاطفی و روانی به نگرانی‌ها، ترس‌ها و شوربختی‌های انسان می‌داند. مهمترین اندیشمندان عقل‌گرا اگوست کنت<sup>۲</sup>، هربرت اسپنسر<sup>۳</sup>، ادوارد تایلر<sup>۴</sup> و جیمز فریزر<sup>۵</sup> بودند. در میان نظریه‌پردازان عاطفه‌گرا نیز می‌توان از مالدینوفسکی<sup>۶</sup>، مارت<sup>۷</sup>، فروید<sup>۸</sup> و یونگ<sup>۹</sup> نام برد (همیلتون، ۱۳۸۷).

برخلاف روان‌شناسان، بیشتر جامعه‌شناسان، به‌خصوص جامعه‌شناسان کارکردگرا، معتقدند که آنچه اهمیت دارد، چگونگی آغاز گرفتن امور نیست، بلکه نقشی است که این امور در جوامع کنونی ایفا می‌کنند. همان‌گونه که مشخص است، این نظریه‌پردازان موضع کارکردگرایانه را در کار خود پذیرفته و به کار بسته‌اند. بخش بعدی مطالعه حاضر به ارایه نظریه‌های این اندیشمندان اختصاص داده شده تا روشن گردد که آیا این نظریه‌ها تلویحاً یا تصریحاً دلالت‌هایی برای تبیین رابطه بین دینداری و سلامت دارند؟ بدین منظور، ابتدا به رویکرد کارکردگرا در تبیین رابطه مذکور پرداخته و در ادامه، جنبه‌های کلی رویکرد پیتر برگر<sup>۱۰</sup> به این مسأله را تشریح خواهیم کرد.

<sup>1</sup> Evans Pritchard

<sup>2</sup> August Comte

<sup>3</sup> Herbert Spencer

<sup>4</sup> Edward Burnett Tylor

<sup>5</sup> James George Frazer

<sup>6</sup> Bronislaw Kasper Malinowski

<sup>7</sup> R.R. Marett

<sup>8</sup> Sigmund Freud

<sup>9</sup> Carl Gustav Jung

<sup>10</sup> Peter Ludwig Berger

## الف) دلالت‌های رویکرد کارکردگرا به رابطه دین و سلامت

به‌رغم اینکه رویکرد کارکردی به دین در میان متفکران پیش از دورکیم نیز رواج داشته، اما با دورکیم است که این نگرش به سستی عمیق و فراگیر تبدیل می‌شود. دورکیم در بررسی دین رویکرد کارکردی خویش را به‌کار گرفته است. هری آلپرت، پژوهشگر دورکیمی، چهار کارکرد عمده دین را از نظر دورکیم به‌عنوان نیروهای اجتماعی انضباط‌بخش، انسجام‌بخش، حیات‌بخش و خوشبختی‌بخش طبقه‌بندی کرده است. آیین‌های مذهبی از طریق تحمیل انضباط بر نفس و قدری خویشنداری، انسان‌ها را برای زندگی اجتماعی آماده می‌سازند. تشریفات مذهبی مردم را گرد هم می‌آورند و بدین‌سان پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق می‌کنند و در نتیجه همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشند. اجرای مراسم مذهبی، میراث اجتماعی گروه را ابقا و احیا می‌کند و ارزش‌های پایدار آن را به نسل‌های آینده انتقال می‌دهد. سرانجام، دین یک کارکرد خوشبختی‌بخش نیز دارد که با برانگیختن احساس خوشبختی در مؤمنان و احساس اطمینان به حقانیت ضروری جهان اخلاقی‌ای که خودشان جزئی از آنند، با احساس ناکامی و فقدان ایمان در آنها مقابله می‌کند (کوزر، ۱۳۸۲: ۲۰۰).

دورکیم همچنین در جایی دیگر با مقایسه کاتولیک‌ها، پروتستان‌ها و یهودیان به برخی از آثار بازدارندگی دین در رفتار اشاره می‌کند. «مقایسه کاتولیک‌ها و پروتستان‌ها، دورکیم را به این نتیجه‌گیری رساند که اثر بازدارندگی اصلی دین از ویژگی‌های اجتماعی آن سرچشمه می‌گیرد؛ یعنی این‌که مناسک هر دین خاص تأثیرش بیش از

باورهای صرف دینی است. در نتیجه، کلیسای پروتستان که کمتر مناسک‌گراست و به افراد آزادی عمل بیشتری می‌دهد، اثر بازدارندگی کمتری بر اعضای خود دارد (دورکیم، ۱۹۷۹: ۱۷۰-۱۵۲؛ به نقل از سراج‌زاده، ۱۹۹۸).

درخصوص رابطه دینداری و سلامت باید متذکر شد که دورکیم اصولاً توجه چندانی به تبیین رفتار فردی نداشته و مبنای نظریه او تأکید بر پدیده‌های دینی نه به‌عنوان مقوله‌های فردی، بلکه مقوله‌های اجتماعی بود. با وجود این، می‌توان گفت با توجه به کارکردهایی که او برای دین برمی‌شمارد، بین دینداری و سلامت می‌تواند رابطه مثبتی وجود داشته باشد. در گروه‌ها و جوامعی که دین گستردگی زیادی دارد، احتمالاً افراد انسجام بیشتری با جامعه داشته، حمایت اجتماعی بیشتری از سوی افراد جامعه دریافت می‌کنند و در نتیجه سالمتر هستند.

ماکس وبر از دیگر نظریه‌پردازان این رهیافت است که علاوه بر کارکردهای دیگر توجه خاصی به کارکرد معنابخشی دین معطوف داشته است. «او به تبیین خودِ دین نمی‌پرداخت، بلکه پیوندهای میان انواع گوناگون دین و گروه‌های خاص اجتماعی و تأثیر انواع دیدگاه‌های دینی بر جنبه‌های دیگر زندگی اجتماعی را دنبال می‌کرد» (تامسون و دیگران، ۱۳۸۱: ۱۰۱). این رویکرد هم عناصر روان‌شناختی و هم عناصر جامعه‌شناختی را مورد توجه قرار می‌دهد و با تأکیدی که بر معنا دارد، رویکرد کارکردگرا نسبت به دین را تعدیل می‌کند. وبر بر اثر روان‌شناسی اجتماعی دین‌های جهانی، نوعی رهیافت روان‌شناختی را درباره دین مطرح می‌کند. از نظر وی «دین به مجرد آنکه رواج یابد، نفوذ پر دامنه خود را بر شیوه زندگی قشرهای بسیار ناهمگن برجای

می‌گذارد. مردم به روش‌های گوناگون به تفسیر رابطه اخلاق دینی با موقعیت‌های ناظر بر منافع می‌پردازند؛ به طوری که اخلاق دینی همچون کارکردهای صرف این موقعیت‌ها تلقی شده است. این تفسیر در چارچوبی صرفاً روان‌شناختی صورت می‌گیرد» (وبر، ۱۳۸۲: ۳۰۶).

با اینکه وبر در تبیین دین عنصر روان‌شناختی جستجو برای معنا را مورد توجه قرار می‌دهد، ولی تأکید می‌کند که تفاوت‌های ادیان گوناگون را باید با عوامل جامعه‌شناختی تبیین نمود؛ به طوری که از نظر وبر «راه‌های برآورده شدن نیاز به رستگاری، بر وفق جایگاه اجتماعی تغییر می‌پذیرند و در نتیجه، ایجاد راه‌حل‌های مسأله رستگاری فرآیندی بسیار اجتماعی است و تحت تأثیر نیروها و ضرورت‌های اجتماعی شکل می‌گیرد» (تامسون و دیگران، ۱۳۸۱: ۱۰۳).

در رابطه با هدف اصلی مقاله حاضر، رویکرد وبر به‌طور کلی بر این امر دلالت دارد که دینداران بر اثر ایمان و اعتقاد خود بهتر می‌توانند بر خواش‌های نفسانی و غریزی خود غلبه کنند و همچنین، احتمال کمتری وجود دارد که به انجام رفتارهای پرخطر روی آورند. از نظر وبر «دین عامل مهمی برای کنترل خواش‌های غریزی انسان است» (ترنر، ۱۹۹۶: ۸۷؛ به‌نقل از سراج‌زاده، ۱۹۹۸). از سوی دیگر، مؤمنان که از احساس پوچی و بی‌هدفی کمتر رنج می‌برند، احتمال کنترل لذات مادی از طرف آنها بیشتر است.

نظریه‌پردازان بعدی کارکردگرا رهیافت‌های خالص کارکردگرایانه را تعدیل کرده و بعد روان‌شناختی را نیز در تحلیل‌هایشان وارد کرده‌اند. این دیدگاه در کتاب جامعه بشری کینگزلی دیویس<sup>۱</sup> (۱۹۴۸) به‌خوبی مشهود است. دیویس چهار کارکرد برای دین عنوان می‌کند: اول اینکه دین عزم افراد را

برای رعایت هنجارهای گروهی تقویت می‌کند؛ دوم اینکه مناسک دینی کارکرد حفظ باورداشت‌ها را انجام می‌دهند؛ سوم، دین به‌صورت مرجع و راهنمایی واقعی برای مؤمنان عمل می‌کند؛ و بالاخره چهارم این که دین برای مجازات، یک منبع غایی فراهم می‌کند (دیویس، ۱۹۶۴: ۵۲۶-۵۳۳). از این قضیه چنین برمی‌آید که دین از طریق برآوردن نیاز فردی، کارکردی اجتماعی را انجام می‌دهد. بنابراین، با آنکه دیویس بر کارکردهای اجتماعی دین تأکید دارد، کارکردهای روان‌شناختی آن را هم مورد توجه قرار داده است.

باتوجه به کارکردهای چهارگانه فوق است که دیویس معتقد است: «دین نقش اجتناب‌ناپذیر و منحصر به فردی در ایجاد یکپارچگی اجتماعی دارد» (دیویس، ۱۹۶۴: ۵۲۶). از نظر وی، دین یگانگی افراد جامعه را تقویت و جدایی آنان را از اعضای اجتماعات دیگر تشدید می‌کند (فن، ۲۰۰۳). از این قضیه چنین برمی‌آید که دین از طریق برآوردن نیاز فردی، کارکردی اجتماعی را انجام می‌دهد. بنابراین، با آنکه دیویس بر کارکردهای اجتماعی دین تأکید دارد، کارکردهای روان‌شناختی آن را هم مورد توجه قرار داده است.

برخی دیگر از نظریه‌پردازان کارکردگرا، مانند بینگر<sup>۲</sup>، که از مشکلات تحلیل‌های کارکردگرایان اولیه اولیه درباره دین آگاهی داشتند، از دیویس بسیار فراتر رفته و رویکرد روانی-اجتماعی کارکردگرا را مطرح ساختند. طبق این رویکرد، دین از یک‌سو محصول عوامل روان‌شناختی و ذاتی انسان‌ها و از سوی دیگر، پشتوانه ارزش‌ها و ثبات اجتماعی است (همیلتون، ۱۳۸۷: ۲۰۰). درمورد کارکردهای فردی دین

<sup>2</sup> Fenn

<sup>3</sup> J. M. Yinger

<sup>1</sup> K. Davis

می‌کند؛ کارکرد کشیشی<sup>۳</sup> که از طریق آیین‌ها و مراسم، امنیت عاطفی برای انسان فراهم می‌کند؛ کارکرد هویت‌بخشی<sup>۴</sup> که در تعریف افراد از خود ایفای نقش می‌نماید؛ کارکرد رشددهی<sup>۵</sup> که بخشی از فرآیند اجتماعی شدن به‌شمار می‌آید؛ کارکرد هنجاری و مشروعیت‌بخشی<sup>۶</sup> که هدف‌های گروهی را بر فراز هدف‌های فردی قرار می‌دهد؛ و بالاخره کارکرد پیامبرانه<sup>۷</sup> که معیارهایی را به‌عنوان مبنای انتقاد از الگوهای اجتماعی موجود فراهم می‌کند (همیلتون، ۱۳۸۷: ۲۰۸).

در مجموع، می‌توان گفت که برطبق رویکرد نظریه‌پردازان کارکردگرا، دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. ایجاد روابط گسترده با اعضای جامعه منجر به ارائه و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر از سوی اطرافیان و در نتیجه باعث ارتقای سلامت افراد دیندار می‌شود.

### ب) دلالت‌های نظریه پیتر برگر به رابطه دین و سلامت

پیتر برگر دین را مأمنی در مقابل جهانی بی‌معنا می‌داند. برگر در تفسیر خود در باب اینکه چگونه انسان مجبور می‌شود نظم معنی‌داری را به واقعیت تحمیل کند، می‌گوید: «دین (نظمی مقدس) در آن لحظه‌ای ظاهر می‌شود که به نوموس<sup>۸</sup> (معنای نظم اجتماعی‌ای که محصول وجود انسانی است) اجتماعی مستقر، ثبات یا مشروعیتی داده می‌شود که

«نکته اساسی سخن بینگر این است که هر انسانی به ارزش‌های مطلق نیاز دارد که با آن زندگی کند و این ارزش‌ها باید پاسخ‌هایی را برای مسأله زندگی و مرگ انسان فراهم سازند. ادیان به چنین نیازهایی پاسخ می‌دهند؛ درحالی‌که هیچ نوع دانش بشری و یا توسعه علمی نتوانسته است پاسخی برای این قبیل سؤالات بیابد» (توسلی، ۱۳۸۰: ۱۰۴).

از نظر بینگر، اگرچه دین نیازهای اساساً روانی بشر را برآورده می‌سازد؛ با این‌حال یک پدیده اجتماعی است؛ چرا که به نظر او باورداشت‌های شخصی تا وقتی که تعلق اجتماعی نیافته‌اند، نمی‌توانند مورد یک دین باشند (شجاعی‌زند، ۱۳۸۰: ۴۵). بدین‌سان دین ریشه‌ای دوگانه دارد، زیرا هم نیازهای فردی و هم نیازهای گروهی را برآورده می‌سازد. دین نیازهای گروهی را بیشتر از طریق کارکردهایی که برای افراد جامعه دارد، برآورده می‌کند (همیلتون، ۱۳۸۷: ۲۰۴).

از دیگر اندیشمندان رویکرد جدید کارکردگرایانه توماس اُدی<sup>۱</sup> است. از نظر اُدی، سه ویژگی احتمال، ناتوانی و کمیابی، مواد خام لازم برای پیدایش مذهب را به‌وجود می‌آوردند. دین از طریق معنا بخشیدن به تجربه‌های ناراحت‌کننده، برای مسائلی چون مرگ و رنج پاسخ‌هایی را فراهم می‌کند و از این طریق، احتمال و پیش‌بینی ناپذیر بودن جهان را حل می‌کند. همچنین، آموزه‌های دین با تأکید بر پاداش آن جهانی و وجود نظام عادلانه هستی، مسأله توزیع ناعادلانه منابع و مشکل کمیابی را منتفی می‌سازند.

به‌طور کلی، به‌نظر اُدی دین برای فرد و جامعه شش کارکرد دارد که عبارتند از: کارکرد حمایتی<sup>۲</sup> که در شرایط سخت برای افراد حمایت عاطفی ارائه

<sup>3</sup> Priestly Function

<sup>4</sup> Identity Function

<sup>5</sup> Growth Function

<sup>6</sup> Normative & Legitimation Function

<sup>7</sup> Prophetic Function

<sup>1</sup> Thomas F., O'Dea

<sup>2</sup> Supportive Function

اجتماعی زیاد نیز به نوبه خود باعث ارتقای سلامت افراد می‌شود. همچنین، دینداران که بر اثر ایمان دینی‌شان جهان را معنادار و هدفمند می‌بینند، از احساس پوچی کمتر رنج می‌برند، غرایز و خواهش‌های نفسانی خود را بهتر کنترل می‌کنند و کمتر به انجام رفتارهای پرخطر روی می‌آورند، در مقایسه با افراد دیگر سالم‌ترند.

### جمع‌بندی پیشینه نظری

دیدگاه‌های کارکردگرایانه دورکیم، وبر، دیویس، بینگر و ادی و نظریه‌های معناگرای<sup>۱</sup> وبر و برگر که در قسمت بالا به آنها اشاره شد، هرکدام به نحوی دلالت‌هایی برای رابطه بین دینداری و سلامت دارند. در مجموع، برطبق رویکرد کارکردگرایان، دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. دین همچنین یگانگی افراد جامعه را با همدیگر تقویت و جدایی آنان را از اعضای دیگر گروه‌ها تشدید می‌کند. دین می‌تواند زمینه‌های انسجام گروهی را فراهم آورده، افراد را در قالب همکیشانی معتقد به جهان‌بینی و ایدئولوژی خاصی در برابر سایر گروه‌ها و اجتماعات متناظر دسته‌بندی نماید. همین دسته‌بندی می‌تواند عاملی برای گسترش انسجام درون‌گروهی در برابر گروه‌های بیرونی گردد که پیرو عقاید و نظام فکری متفاوتی نسبت به گروه خودی هستند. دین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی می‌تواند زمینه‌های لازم را برای پیوند میان اعضای و انسجام اجتماعی فراهم آورد.

از این‌رو، با استناد به استدلال‌های کارکردگرایان درباره کارکرد دین، فرضیه زیر کاملاً پذیرفتنی به نظر

مأخوذ از منابعی قدرتمندتر از تلاش‌های بی‌هدف خود آدمیان است. این کیفیت مقدس که در جوامع مختلف می‌تواند به چیزهای متفاوتی نسبت داده شود (از اشیا یا حیوانات مقدس گرفته تا خدایان بزرگ یا نیروهای غیرمتشخص) چیزی است غیر از انسان و در عین حال، به انسان مربوط بوده، او را با واقعیت قدرتمندتری غیر از خودش ارتباط می‌دهد. این کیفیت مقدس، زندگی انسان را در نظم معنادار بزرگتری قرار می‌دهد» (تامسون و دیگران، ۱۳۸۱: ۳۵).

به عقیده برگر نظام معانی‌ای که انسان‌ها می‌سازند، حاصل کار یک فرد نیست، بلکه یک تولید اجتماعی است؛ تولید همه مردمی که به یکدیگر وابسته‌اند و در هر کجا و هر زمان که باشند، با هم پیوند دارند. با این حال از دید هرکس گویی این نظام، وجودی عینی است که خارج از خود او قرار دارد. هر فرد در مجموع سهمی در این نظام معانی دارد، لیکن این نظام، مافوق افراد است و از لحاظ اجتماعی دارای عینیت خارجی است (توسلی، ۱۳۸۰: ۱۰۷).

برگر مکرراً به وحشت انسان از هرج و مرج اشاره می‌کند و معتقد است که همواره ترس از بی‌معنا شدن زندگی در ما وجود دارد؛ به طوری که انسان، ناچار به نظام معانی‌ای که به لحاظ اجتماعی هدفدار است، تمایل پیدا می‌کند و دین همین کارکرد را در جامعه ایفا می‌کند؛ چرا که «دین کوشش جسورانه‌ای است برای آنکه سراسر گیتی برای انسان معنی‌دار شود» (همیلتون، ۱۳۸۷: ۲۷۳).

درکل، با استناد به نظریه‌های کارکردگرایان و همچنین نظریه‌های معنا درباره کارکرد دین می‌توان نتیجه گرفت که دینداری اثر مثبتی بر سلامت انسان دارد؛ به این ترتیب که افراد دیندار که ارتباط گسترده و پیوند قویتری با افراد جامعه خود دارند، احتمالاً شبکه‌های حمایتی گسترده‌ای دارند و حمایت

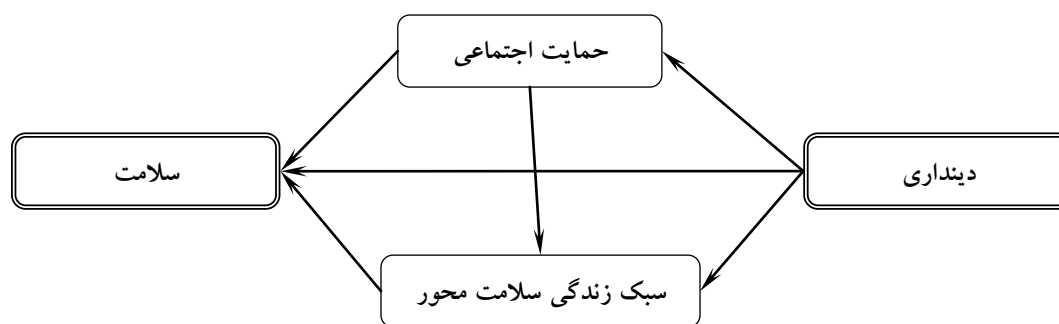
<sup>1</sup> Meaning Theories

نتیجه سالم‌تر هستند» (گیدنز، ۱۳۸۶). از این رو، باتوجه به استدلال‌های جامعه‌شناسان که بررسی شد، می‌توان گفت که اولاً دینداری با تأثیر مثبت بر حمایت اجتماعی می‌تواند موجب ارتقای سلامت گردد؛ ثانیاً دینداری از طریق حمایت اجتماعی اثر مثبتی بر سبک زندگی سلامت محور گذاشته، از این راه سلامت افراد دیندار را بهبود می‌بخشد.

ازسوی دیگر در رابطه با سؤال اصلی این تحقیق؛ یعنی اثر دینداری بر سلامت، رویکرد برگر و وبر نیز با اهمیت به نظر می‌رسد. از نظر این نظریه‌پردازان، دین علاوه بر کارکردهای دیگر، فراهم آورنده معنا در برابر جهانی است که پیوسته گرایش به بی‌معنایی دارد. طبق نظر وبر، صرف نظر از این که جامعه در چه سطحی از عقلانیت قرار گرفته باشد، افراد جامعه همواره نیاز روانی به این دارند که جهان را معنادار و هدفدار ببینند. در نتیجه، از نظر وی دین در عصر جدید پایان نیافته است. بنابراین، می‌توان از تحلیل وبر استنباط کرد که حتی در جامعه جدید نیز دینداری می‌تواند اثر مثبتی بر سلامت داشته باشد؛ به این ترتیب که دینداران که احتمال بیشتری دارد خواهش‌های نفسانی خود را کنترل کنند، کمتر به انجام رفتارهای پرخطر روی آورده و در نتیجه در مقایسه با افراد دیگر سالم‌ترند.

به‌طور کلی، دلالت‌های رویکرد کارکردگرا و معناگرا را می‌توان در یک مدل علی به‌عنوان مدل نظری مطالعه حاضر، به‌شکل زیر ترسیم کرد:

می‌رسد که دینداری اثر مثبتی بر ارتقای سلامتی دارد؛ به‌این ترتیب که افراد دیندار که ارتباط گسترده و پیوند قویتری با افراد جامعه خود دارند، احتمالاً شبکه‌های حمایتی گسترده‌ای نیز دارند و در نتیجه حمایت اجتماعی زیادی ازسوی این شبکه‌ها دریافت می‌نمایند که حمایت اجتماعی زیاد نیز به‌نوبه خود باعث ارتقای سلامت افراد می‌شود. در مورد چگونگی اثرگذاری حمایت اجتماعی بر سلامت، تبیین‌های مختلفی از سوی محققان و پژوهشگران ارائه شده است. «ویلیکینسن که پیوندهای میان همبستگی اجتماعی و سلامت را بررسی کرده، معتقد است افرادی که همبستگی اجتماعی پایینی با جامعه خود دارند، توان مقابله با مخاطره‌ها و چالش‌ها را ندارند. افزایش انزوای اجتماعی و ناتوانی در تحمل فشارها، سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در نتیجه کسانی که همبستگی و پیوند قویتری با جامعه خود دارند، سالم‌تر از بقیه افراد هستند. استدلال هیتز گراهام در این مورد این است که افرادی که به شبکه‌های حمایتی دسترسی کمی دارند، زمانی که با فشار عصبی حاصل از ناملايمات زندگی مواجه می‌شوند، برای کنار آمدن با اوضاع و شرایط دشوار خود به انجام رفتارهای پرخطری مانند مصرف سیگار و استعمال مشروبات الکلی روی می‌آورند و در نتیجه سلامتی خود را به‌خطر می‌اندازند. در مقابل، افرادی که شبکه‌های حمایتی گسترده‌تری در جامعه دارند، گرایش کمتری به انجام رفتارهای پرخطر داشته و در



شکل ۱- مدل نظری ارتباط بین متغیرهای تحقیق

### رابطه دین و سلامت در پژوهش‌های تجربی

مرور پژوهش‌های خارجی انجام گرفته در باب رابطه دینداری و سلامت نشان می‌دهد که این پژوهش‌ها در بسیاری از موارد متوجه بررسی رابطه بین دین، سبک زندگی سلامت محور و مفاهیم مشابهی، از قبیل مصرف سیگار، استعمال الکل و دخانیات، نوع تغذیه و تحرک بدنی بوده است.

نتایج اکثر مطالعاتی که رابطه بین دینداری و مصرف سیگار را مطالعه کرده‌اند (برای نمونه، فریدمن و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸؛ کندلر، گاردنر و پرسکات<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷؛ کونینگ، مک‌کالو و لارسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ والاس، براون، بکمن و لیوایست<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳) نشان می‌دهد که بین این دو متغیر رابطه‌ای منفی وجود دارد. طبق نتایج تحقیقات دیگری (کندلر و همکاران، ۱۹۹۷؛ کواری و هارمون<sup>۵</sup>، ۱۹۸۲؛ نوکام، مداحیان و بتلر<sup>۶</sup>، ۱۹۸۶؛ الکتو و بلکونیر<sup>۷</sup>؛ ۱۹۹۱) این رابطه معکوس حتی در ادیان مختلف نیز صادق بوده و مستقل از متغیرهایی مانند سن پاسخگویان است. علاوه بر این، محققانی که رابطه بین انواع دینداری با مصرف سیگار را آزمون کرده‌اند، به نتایج مشابهی دست

یافته‌اند. یافته‌های این محققان (کونینگ، جورج، کوهن، هایز، لارسون و بلازر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸؛ نان‌ماکر، مک‌نیللی و بلوم<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳) بیانگر این مطلب است که هر دو نوع دینداری عمومی<sup>۱۰</sup> (حضور در کلیسا و شرکت در مراسم دینی) و دینداری خصوصی<sup>۱۱</sup> (عبادت انفرادی و اعتقاد به اهمیت دین در زندگی) رابطه منفی معنی‌داری با مصرف سیگار دارند.

برخی دیگر از محققان رابطه بین دینداری و انجام رفتارهای پرخطر، از قبیل: استعمال دخانیات و مشروبات الکلی را مطالعه کرده‌اند. مرور نتایج برخی از تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهد که متغیرهایی، از قبیل: عضویت در گروه‌های مذهبی، میزان دینداری، شرکت در مراسم مذهبی، اهمیت دین در زندگی (لورچ و هیوگز<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۵؛ پدرسون و کالستاد<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰؛ بل، وشلر و جانستون<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۷؛ ماتیللا، آپاستلپلوز، سنمز و سسیدهاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۱)، تعلق به مذهب پروتستان (کاهالان و روم<sup>۱۶</sup>، ۱۹۷۲؛ به نقل از وینتر و همکاران<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۲؛

<sup>8</sup> Koenig, George, Cohen, Hays, Larson, & Blazer

<sup>9</sup> Nonnemaker, McNeely, & Blum

<sup>10</sup> Public Religiosity

<sup>11</sup> Private Religiosity

<sup>12</sup> Lorch & Hughes

<sup>13</sup> Pederson & Koldstad

<sup>14</sup> Bell, Weschler & Johnston

<sup>15</sup> Mattila, Apostolopoulos, Sonmez & Sasidharan

<sup>16</sup> Cahalan & Room

<sup>17</sup> Winter, T., et al

<sup>1</sup> Friedman et al.

<sup>2</sup> Kendler, Gardner, & Prescott

<sup>3</sup> Koenig, McCullough, & Larson

<sup>4</sup> Wallace, Brown, Bachman, & Laveist

<sup>5</sup> Khavari & Harmon

<sup>6</sup> Newcomb, Maddahian, & Bentler

<sup>7</sup> Oleckno & Blacconiere



پاتوک-پکهام، هاجینسون، کنونگ و ناگوشی<sup>۱</sup>، (۱۹۹۸)، ساعاتی که مردم صرف دیدن یا شنیدن برنامه‌های مذهبی از رادیو یا تلویزیون می‌کنند، تعداد دفعاتی که شخص در هر شبانه‌روز عبادت می‌کند و کتاب مقدس می‌خواند (کن و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴) رابطه معکوس معکوس معنی‌داری با استعمال دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف مشروبات الکلی دارد. در برخی از این تحقیقات، رابطه ذکر شده حتی پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گری، از قبیل: سن، جنسیت و پایگاه اجتماعی - اقتصادی پاسخگویان صادق بوده است.

درمورد رابطه بین دینداری و انجام تمرینات ورزشی، تحقیقات تجربی محدودی انجام شده است. با اینکه برخی از تحقیقات رابطه مثبت معنی‌داری بین دینداری و انجام منظم تمرینات ورزشی یافته‌اند (الکنو و بلکونیر، ۱۹۹۱؛ استرابریج، شما، کوهن و کاپلان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱)، اما برخی دیگر از محققان یافته‌های متناقضی را گزارش کرده‌اند. مک‌ایتاش و اسپیلکا<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) در تحقیقی در این مورد به این نتیجه رسیدند که دینداری درونی رابطه معکوسی با ورزش و انجام تمرینات بدنی دارد. در راستای یافته‌های این تحقیق، بخشی از نتایج مطالعات طولی «پیشرفت بیماری انسداد شریان اکلیسی قلب در بین جوانان» (CARDIA)<sup>۵</sup> نشان داد پاسخگویانی که هر ماه یک‌بار یا بیشتر در کلیسا شرکت می‌کردند، در مقایسه با کسانی که به کلیسا نمی‌رفتند، کمتر در تیم‌های قهرمانی و باشگاه‌های ورزشی فعالیت می‌کردند

(وولی، بوید، گاردین و ویلیامز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲).

با اینکه مرور ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که تأثیر دینداری بر نوع تغذیه تاکنون به‌طور گسترده مطالعه نشده است، اما شواهدی در دست است که گویای تأثیر مثبت دینداری بر نوع تغذیه است. برای مثال، تأثیرات مثبت دینداری بر عادات تغذیه‌ای در بین مورمون‌ها<sup>۷</sup> و مسیحیان روز هفتمی<sup>۸</sup> کاملاً آشکار آشکار است. مطابق نتایج تحقیقی که انستروم<sup>۹</sup> در سال ۱۹۸۹ انجام داده، میزان ابتلا به سرطان و بیماری‌های قلبی در بین مورمون‌های مسیحی کمتر است، که شاید با آموزه‌های این فرقه در مورد مصرف غلات، میوه‌ها و سبزیجات مرتبط باشد. از طرف دیگر، مسیحیان روز هفتمی اغلب از خوردن گوشت قرمز خودداری کرده، بیشتر غذاهای کم‌چربی و پرانرژی می‌خورند (هانت، مورفی و هندرسون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۹). نتایج یک مطالعه دیگر در این مورد حکایت از وجود رابطه مثبت بین دینداری بیرونی<sup>۱۱</sup> و رژیم‌های غذایی کم‌چرب و در مقابل مصرف زیاد میوه و سبزی دارد (هارت، تینکر، بوون، ساتیا آبوت و مک‌لران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴).

مرور پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهد که در مورد رابطه دینداری و سلامت روانی تحقیقات زیادی (برای نمونه احمدی ابهری، ۱۳۷۵؛ نجفی و همکاران، ۱۳۷۷؛ گلزاری، ۱۳۷۹؛ غباری بناب و خدایاری فرد، ۱۳۸۰؛ میرزمانی و محمدی، ۱۳۸۰؛ روحی عزیز و روحی عزیز، ۱۳۸۲؛ سهرابی و سامانی، ۱۳۸۲؛ شریفی، ۱۳۸۴؛ خلیلی دوابی، ۱۳۸۵؛ حسینی، ۱۳۸۰) با رویکرد روان‌شناختی انجام

<sup>1</sup> Patock-Peckham, Hutchinson, Cheong & Nagoshi

<sup>2</sup> Chen, et al

<sup>3</sup> Strawbridge, Shema, Cohen, & kaplan

<sup>4</sup> McIntosh

<sup>5</sup> Coronary Artery Risk Development in Young Adults

<sup>6</sup> Whooley, Boyd, Gardin, & Williams

<sup>7</sup> Mormons

<sup>8</sup> Seventh-Day Adventist

<sup>9</sup> Enstrom

<sup>10</sup> Hunt, Murphy, & Henderson

<sup>11</sup> Outer Religiosity

<sup>12</sup> Hart, Tinker, Bowen, Satia-About, & McLerran,

در این پژوهش برای بررسی روابط بین متغیرها از روش پیمایش<sup>۱</sup> استفاده شده و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده است. آزمون اعتبار<sup>۲</sup> سنجه با مراجع به آرای صاحب نظران و همچنین انجام تحلیل عاملی و آزمون پایایی<sup>۳</sup> سنجه نیز با روش پایداری درونی و محاسبه آلفای کرونباخ انجام گرفته است. نتایج تحلیل عاملی انجام گرفته و بررسی آماره‌های مربوطه بیانگر اعتبار و پایایی بالای سنجه هستند. مفاهیم اصلی پژوهش به شرح زیر تعریف و سنجیده شده‌اند:

**دینداری:** دینداری یعنی دینی بودن، پایبندی دینی و داشتن التزام دینی<sup>۴</sup>. به بیان کلی، دینداری یعنی داشتن التزام دینی، به نحوی که نگرش، گرایش و کنش‌های فرد را متأثر سازد (شجاعی‌زند، ۱۳۸۴: ۳۶-۳۵). در این پژوهش به مدل گلاک و استارک برای تعریف عملیاتی دینداری استناد شده و بر این اساس دینداری در پنج بعد اعتقادی، مناسکی، پیامدی، احساسی و شناختی عملیاتی شده است.

اعتبار و پایایی سنجه دینداری گلاک و استارک بارها توسط محققان داخلی آزمون شده و بر اساس گزارش تمامی محققان این سنجه دارای اعتبار و پایایی بالایی بوده است (سراج‌زاده و پویافر، ۱۳۸۶). یکی از این پژوهش‌ها، تحقیق سراج‌زاده و پویافر (۱۳۸۶) است که سه مقیاس مطرح در حوزه دین را به طور همزمان ارزیابی و مقایسه کرده است. طبق نتایج تحقیق این محققان، سنجه گلاک و استارک شاخص اعتبار معیار بالاتری دارد. پایایی سنجه از طریق تکنیک دو نیمه‌سازی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ آزمون شده که میزان آلفا (۰/۹) و همبستگی بین دو نیمه (۰/۶۴) نشان دهنده پایایی مطلوب سنجه

شده که تقریباً نتایج تمامی آنها هماهنگ بوده، حکایت از اثر مثبت دینداری بر سلامت روان دارند. در تحقیقات دیگری (صمیمی و همکاران، ۱۳۸۵؛ شهری رستمی، ۱۳۸۶) رابطه بین سلامت و سبک زندگی سلامت محور مطالعه شده است که طبق نتایج آنها سبک زندگی سلامت محور از مهمترین عوامل تأثیرگذار در وضعیت سلامت افراد است.

مطابق نتایج تحقیقی که در سطح توصیفی در بین دانشجویان انجام شده، دانشجویان میزان مصرف سیگار و مشروبات الکلی را در حد پایینی گزارش کرده‌اند. همچنین، دانشجویان دختر به طور معنی‌داری عادات تغذیه‌ای مطلوب و منظم‌تری نسبت به دانشجویان پسر دارند (ترابی، ۱۳۸۴).

نتایج تحقیق شهنی بیلاق و موحد (۱۳۸۳) نشان می‌دهد که نگرش‌های دینی اثر غیرمستقیم بر سلامت جسمانی و سلامت روانی افراد دارد.

### فرضیه‌های تحقیق

بر اساس مدل پیشنهاد شده در بخش نظری و با توجه به پیشینه نظری و همچنین، براساس یافته‌های پژوهش‌های تجربی پیشین، فرضیه‌های زیر به‌طور منطقی قابل استنتاج هستند:

۱. دینداری بر سبک زندگی سلامت محور اثر مثبت دارد.
۲. دینداری بر حمایت اجتماعی اثر مثبت دارد.
۳. حمایت اجتماعی بر سبک زندگی سلامت محور اثر مثبت دارد.
۴. سبک زندگی سلامت محور بر سلامت اثر مثبت دارد.
۵. حمایت اجتماعی بر سلامت اثر مثبت دارد.
۶. دینداری بر سلامت اثر مثبت دارد.

<sup>1</sup> Survey

<sup>2</sup> Validity

<sup>3</sup> Reliability

<sup>4</sup> Religious Commitment

برای کل مقیاس  $r=0/73$ ، برای عامل حمایت خانواده  $r=0/73$  و برای عامل حمایت دوستان  $r=0/68$  بوده است. همسانی درونی برای کل مقیاس  $0/83$ ، برای عامل اول  $0/73$  و برای عامل دوم  $0/93$  بوده است.

برای سنجش اعتبار و پایایی مقیاس در این تحقیق آزمون تحلیل عاملی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ انجام شده است. ضریب آلفای کرونباخ  $0/83$  است که نشان می‌دهد مقیاس مورد نظر از پایایی مناسبی برخوردار است.

**سلامت جسمی:** سلامت جسمی عبارت است از «نگرش افراد درباره توانایی و قدرت بدنی‌شان، میزان تحرک و ورزشی که انجام می‌دهند و به طور کلی، حالت بهزیستی جسمی آنها» (لیچ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹؛ فارل<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از لیچ، ۲۰۰۳: ۱۰).

در پژوهش حاضر برای سنجش سلامت جسمی از نسخه دوم پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سؤالی پژوهش سلامت<sup>۶</sup> ویر<sup>۷</sup> (۲۰۰۰) استفاده شده است. این سنجش سنجش سلامت جسمی را با چهار بعد سلامت عمومی<sup>۸</sup>، عملکرد جسمانی<sup>۹</sup>، نقش جسمانی<sup>۱۰</sup> و درد بدن<sup>۱۱</sup> می‌سنجد (ویر، ۲۰۰۰). در تعریف عملیاتی این متغیر نیز همین ابعاد در نظر گرفته شده‌اند.

**سلامت روانی:** سلامت روانی عبارت است از: «نگرش افراد درباره رفاه و بهزیستی روانی خود، قابلیت توافق و سازگاری با دیگران، احساس سودمندی، مفید بودن، شایستگی و سرزندگی» (لیچ، ۱۹۹۹؛ فارل، ۱۹۹۰؛ به نقل از لیچ، ۲۰۰۳: ۱۰).

برای سنجش سلامت روانی نیز از سنجش سلامت

است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر  $0/93$  است که نشان دهنده پایایی بالای سنجش است.

**سبک زندگی سلامت محور:** سبک زندگی سلامت محور عبارت است از: «مجموع الگوهای رفتاری سالم که مبتنی بر انتخاب‌هایی هستند که مردم آنها را در چارچوب فرصت‌ها و شانس‌های زندگی، از منابع قابل دسترس انتخاب می‌کنند» (کاکرهام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸: ۵۶).

سبک زندگی سلامت محور در تحقیق حاضر از طریق ابعاد ورزش، نوع تغذیه و اعتیاد عملیاتی شده است. برای سنجش این متغیر گویه‌هایی طراحی شده که نظر پاسخگویان را درباره ورزش‌هایی که انجام می‌دهند، نوع تغذیه‌ای که دارند و وضعیت استعمال دخانیات، مشروبات الکلی و اعتیاد جویا می‌شوند.

پایایی سنجش با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ بررسی شده است. ضریب آلفای کرونباخ ( $0/73$ ) بیانگر این مطلب است که سنجش از پایایی قابل قبولی برخوردار است.

**حمایت اجتماعی:** حمایت اجتماعی را می‌توان به عنوان تعاملات اجتماعی تعریف کرد که کمک واقعی یا احساس دل‌بستگی به شخص یا گروهی را فراهم می‌کند. حمایت اجتماعی، مفهومی چند بعدی است که صمیمیت عاطفی یا احساس نزدیکی به اطرافیان را در بر می‌گیرد (یاپ و دیویلی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

این مفهوم در دو بعد حمایت خانواده و حمایت دوستان مطالعه و برای اندازه‌گیری آن از مقیاس حمایت اجتماعی SSI<sup>۳</sup> استفاده شده است. این مقیاس توسط ثامتی در سال ۱۳۷۶ استاندارد و تحلیل عاملی شده است. پایایی مقیاس با استفاده از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی بررسی شده است. در روش بازآزمایی ضرایب همبستگی بین دو نوبت

<sup>4</sup> Leach

<sup>5</sup> Farrel

<sup>6</sup> SF-36 Health Survey (SF-36HS-version2)

<sup>7</sup> Ware

<sup>8</sup> General Health (GH)

<sup>9</sup> Physical Functioning (PF)

<sup>10</sup> Role-Physical (RP)

<sup>11</sup> Bodily Pain (BP)

<sup>1</sup> Cockerham

<sup>2</sup> Yap & Devilly

<sup>3</sup> Social Support Inventory

### جمعیت و نمونه آماری

جمعیت آماری این تحقیق تمامی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تبریز هستند که در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری مشغول به تحصیل بوده‌اند. حجم نمونه با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران ۳۳۱ نفر برآورد شد [۱] که با پیش‌بینی ریزش احتمالی نمونه، حدود ۶ درصد به اندازه نمونه افزوده شد و نهایتاً ۳۵۰ نفر به‌عنوان نمونه اصلی پژوهش تعیین شدند. برای انتخاب افراد نمونه از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب استفاده شده است.

### یافته‌های پژوهش

**الف) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه:** در تحقیق حاضر ۵۲/۹ درصد نمونه آماری مورد مطالعه را زنان و ۴۷/۱ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. ۷۸/۹ درصد نمونه، دانشجوی مقطع کارشناسی و ۲۱/۱ درصد دانشجوی مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری بوده‌اند. میانگین سن دانشجویان ۲۳/۱۱ و میانگین درآمد خانواده ۷/۳۱۵/۳۸۰ ریال بوده است. از کل نمونه آماری ۲۸/۶ درصد دانشجویان در رشته‌های علوم انسانی، ۱۹/۷ درصد در علوم پایه، ۲۸ درصد در رشته‌های فنی مهندسی، ۱۴/۳ درصد در کشاورزی، ۶/۹ درصد در علوم طبیعی و ۲/۶ درصد در علوم پزشکی مشغول به تحصیل بودند.

### ب) یافته‌های توصیفی [۲]

**دینداری:** مطابق یافته‌های توصیفی، میزان دینداری دانشجویان هم در شاخص کل دینداری و هم در ابعاد دینداری در حد بالایی است. این یافته که با نتایج تحقیقات پیشین (طالبان، ۱۳۷۷؛ سراج‌زاده، ۱۳۷۸؛ طالبان، ۱۳۸۱؛ سراج‌زاده و پویافر، ۱۳۸۶) هماهنگ است، نشان‌دهنده گستردگی باورهای دینی و نفوذ اجتماعی دین در جامعه ایران است.

ویر بهره برده‌ایم. در این مقیاس برای سلامت روانی چهار بعد عاطفی<sup>۱</sup>، سرزندگی<sup>۲</sup>، نقش هیجانی<sup>۳</sup> و عملکرد اجتماعی<sup>۴</sup> در نظر گرفته شده است (ویر، ۲۰۰۰). تعریف عملیاتی متغیر سلامت روانی مشتمل بر همین ابعاد است.

این مقیاس در بیشتر از دوازده کشور جهان با استفاده از روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی آزمون و پایایی آن در اکثر مطالعات (بیشتر از ۲۵ مطالعه) بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است (ویر، ۲۰۰۰).

مطالعات مربوط به اعتبار محتوا با استفاده از روش‌های همزمان، ملاک و سازه نشان‌دهنده اعتبار بالای این سنجه هستند. این موضوع در مطالعات طولی و فرهنگی متعدد تأیید شده و از این رو، قابلیت استفاده در فرهنگ‌های دیگر را نیز داراست (ویر، ۲۰۰۰). ضریب آلفای کرونباخ در این مطالعه برای سلامت جسمی ۰/۸۲ و برای سلامت روانی ۰/۹۶ است.

### سلامت اجتماعی: سلامت اجتماعی «تصوری

است که افراد درباره خودشان، تمایلات جنسی‌شان، تعاملات اجتماعی‌شان، نقش اجتماعی‌شان و مثبت بودن در اجتماع دارند» (لیچ، ۱۹۹۹؛ فارل، ۱۹۹۰؛ به نقل از لیچ، ۲۰۰۳: ۱۰).

برای سنجش این متغیر هفت گویه طراحی شده که پس از بررسی اعتبار و پایایی به‌عنوان مقیاسی برای سنجش سلامت اجتماعی در نظر گرفته شده‌اند. برای بررسی پایایی سنجه، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. میزان این ضریب ۰/۷۶ است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب مقیاس است.

<sup>1</sup> Mental Health (MH)

<sup>2</sup> Vitality (VT)

<sup>3</sup> Role-Emotional (RE)

<sup>4</sup> Social Functioning (SF)

جدول ۱- وضعیت دینداری پاسخگویان

متغیر / ابعاد						آماره‌های توصیفی
دینداری کل	بعد اعتقادی	بعد مناسکی	بعد پیامدی	بعد احساسی	بعد شناختی	
۲/۶۲	۲/۷۶	۲/۴۱	۲/۳۸	۲/۶۰	۲/۲۹	میانگین (از ۳)
۰/۵۸	۰/۴۹	۰/۷۱	۰/۷۲	۰/۵۹	۰/۵۷	انحراف معیار

**سبک زندگی سلامت محور:** در تحقیق حاضر شاخص کل سبک زندگی سلامت محور و میزان مصرف غذاهای سالم و ناسالم در حد متوسط و میزان ورزش در حد نسبتاً پایین قرار دارد. همچنین، اعتیاد به دخانیات، مواد مخدر و مشروبات الکلی در حد بسیار پایینی گزارش شده است؛ به طوری که بیش از ۸۰ درصد دانشجویان اعتیاد به دخانیات و مشروبات الکلی را پایین و فقط حدود ۳ درصد در حد بالا اعلام کرده‌اند. به طور کلی، برخلاف تصور اولیه و

همچنین، شواهد موجود مبنی بر شیوع بالای مصرف سیگار در بین جوانان دانشجو، نتایج حاکی از میزان پایین استعمال دخانیات، مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین پاسخگویان مطالعه حاضر است. این یافته هماهنگ با یافته‌های برخی از تحقیقات قبلی (صمیمی و همکاران، ۱۳۸۵؛ ترابی، ۱۳۸۴) است که در باب سبک زندگی سلامت محور دانشجویان انجام شده است.

جدول ۲- وضعیت سبک زندگی سلامت محور پاسخگویان

متغیر / ابعاد					آماره‌های توصیفی
سبک زندگی سلامت محور	ورزش	تغذیه سالم	تغذیه ناسالم	اعتیاد	
۲/۱۵	۱/۸۶	۲/۱۲	۲/۰۳	۱/۲۲	میانگین (از ۳)
۰/۴۰	۰/۶۸	۰/۵۴	۰/۶۵	۰/۴۸	انحراف معیار

**حمایت اجتماعی:** یافته‌های توصیفی بیانگر این مطلب است که نمونه آماری مورد مطالعه، هم در شاخص کل حمایت اجتماعی و هم در ابعاد آن در حد متوسط به بالایی قرار دارد. همچنین، طبق آماره‌های توصیفی میزان حمایت دریافتی از سوی

خانواده بیشتر از حمایت دوستان است که نشان می‌دهد خانواده هنوز هم مهمترین منبع حمایتی برای افراد است.

جدول ۳- وضعیت حمایت اجتماعی پاسخگویان

آماره‌های توصیفی	متغیر / ابعاد		
	حمایت اجتماعی	حمایت خانواده	حمایت دوستان
میانگین (از ۳)	۲/۶۵	۲/۶۴	۲/۴۹
انحراف معیار	۰/۵۳	۰/۵۸	۰/۵۵

سلامت: مطابق یافته‌های توصیفی تحقیق، شاخص کل سلامت در میان دانشجویان بالا، سلامت جسمی و روانی نسبتاً بالا و سلامت اجتماعی متوسط به بالا ارزیابی می‌شود.

جدول ۴- وضعیت سلامت پاسخگویان

آماره‌های توصیفی	متغیر / ابعاد			
	سلامت کل	سلامت جسمی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی
میانگین (از ۳)	۲/۸۸	۲/۸۶	۲/۸۵	۲/۵۶
انحراف معیار	۰/۳۳	۰/۳۴	۰/۴۱	۰/۵۳

پ) بررسی رابطه متغیرهای تحقیق  
برای بررسی رابطه بین متغیرها در سطح دو متغیره از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده که نتایج آن در جدول ۵ خلاصه شده است.

جدول ۵- ضریب همبستگی پیرسون و سطح معنی‌داری مربوط به رابطه بین متغیرهای تحقیق

حمایت اجتماعی	سبک زندگی سلامت محور	دینداری
		سبک زندگی سلامت محور
		ورزش
		تغذیه سالم
		تغذیه ناسالم
		اعتیاد
	۰/۲۳۷**	۰/۱۸۹**
۰/۴۹۶**	۰/۴۱۹**	۰/۳۴۳**
۰/۲۵۶**	۰/۳۹۱**	۰/۱۹۴**
۰/۴۷۳**	۰/۲۹۰**	۰/۳۵۷**
۰/۵۲۳**	۰/۲۶۳**	۰/۲۵۰**

\*\* همبستگی در سطح اطمینان بالاتر از ۹۹ درصد معنی‌دار است.

معنی داری دارد. هرچند که رابطه دینداری با سلامت روانی و اجتماعی قویتر از رابطه آن با سلامت جسمی است، ولی در کل دینداری اثر مثبتی در ارتقای سلامت افراد دیندار دارد.

### تحلیل مدل نظری تحقیق

همان‌طور که در مدل نظری تحقیق مشاهده شد، برای آزمون رابطه بین دینداری و سلامت، اثر مستقیم و غیرمستقیم دینداری بر سلامت مدنظر قرار گرفت. در بررسی اثر غیرمستقیم دینداری بر سلامت، متغیرهای سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیرهای واسط در مدل نظری پیشنهادی تحقیق مدنظر گرفته شدند. برای بررسی رابطه دینداری و سلامت در سطح دومتغیره از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج بیانگر وجود رابطه مستقیم معنی‌دار بین این دو متغیر بود. به‌منظور مشخص کردن این نکته که آیا رابطه اولیه مشاهده شده در سطح دومتغیره رابطه‌ای صادق بوده و یا متأثر از متغیرهای واسط است، از آزمون‌های رگرسیون چندمتغیره و تحلیل مسیر استفاده شده است.

دینداری و سبک زندگی سلامت محور: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که دینداری همبستگی مستقیم معنی‌دار با سبک زندگی سلامت محور دارد، بدین معنی که افراد دیندار در مقایسه با افراد کمتر دیندار از سبک زندگی سالم‌تری برخوردارند.

از میان ابعاد چهارگانه سبک‌زندگی سلامت‌محور، ورزش و تغذیه سالم رابطه مستقیم معنی‌دار و ابعاد تغذیه ناسالم و اعتیاد رابطه معکوس معنی‌دار با دینداری دارند. ضرایب همبستگی همچنین، نشان می‌دهند که دینداری قویترین رابطه را با اعتیاد داشته و در مقابل، رابطه ضعیفی با ابعاد تغذیه سالم، تغذیه ناسالم و ورزش دارد.

**دینداری و حمایت اجتماعی:** مطابق اطلاعات به‌دست آمده، بین دینداری و حمایت اجتماعی همبستگی مستقیم معنی‌دار وجود دارد، بدین معنی که افراد دیندار درمقایسه با افراد کمتر دیندار، حمایت اجتماعی زیادی ازسوی اطرافیان خود دریافت می‌نمایند.

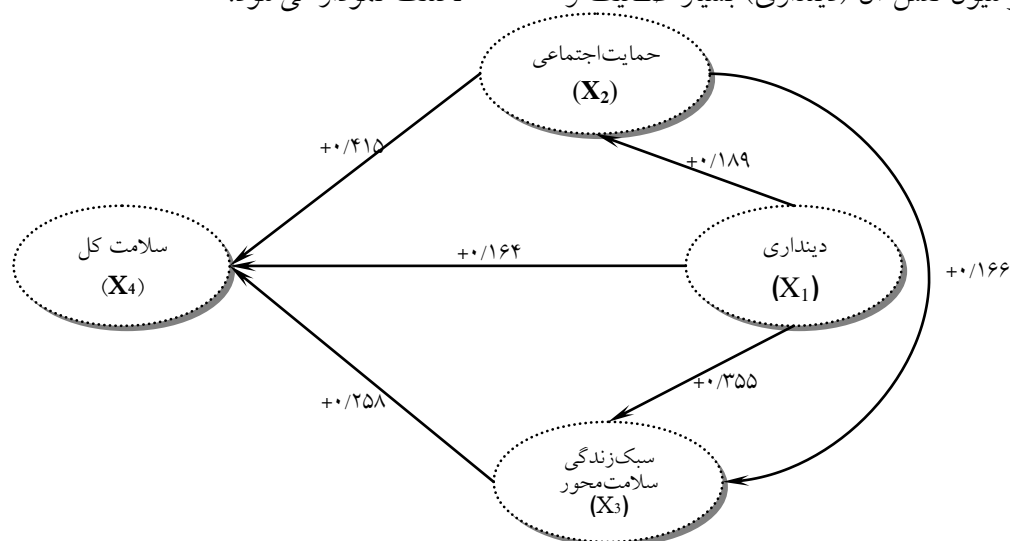
**دینداری و سلامت:** طبق نتایج آزمون همبستگی پیرسون دینداری هم با سلامت کل و هم با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی همبستگی مستقیم

جدول ۶- ضرایب بتا و سطوح معنی‌داری سلامت و ابعاد آن

متغیر	سلامت کل		سلامت جسمی		سلامت روانی		سلامت اجتماعی	
	بتا	معنی‌داری	بتا	معنی‌داری	بتا	معنی‌داری	بتا	معنی‌داری
دینداری	۰/۱۶۴	۰/۰۰۳	۰/۰۲۵	۰/۶۷۵	۰/۲۴۴	۰/۰۰۰	۰/۰۸۷	۰/۱۰۱
حمایت اجتماعی	۰/۴۱۵	۰/۰۰۰	۰/۱۷۳	۰/۰۰۲	۰/۴۰۴	۰/۰۰۰	۰/۵۰۸	۰/۰۰۰
سبک زندگی سلامت‌محور	۰/۲۵۸	۰/۰۰۰	۰/۳۲۰	۰/۰۰۰	۰/۱۱۰	۰/۰۵۶	۰/۱۰۸	۰/۰۴۵
ضریب تعیین	۰/۳۶۸		۰/۱۶۶		۰/۳۱۲		۰/۳۲۶	

از نظر آماری غیرمعنی‌دار شد. باتوجه به اینکه کمرنگ شدن اثر متغیر دینداری بر سلامت و ابعاد آن می‌توانست در نتیجه تأثیر غیرمستقیم دینداری بر سلامت از طریق متغیرهای واسط باشد، بنابراین، برای کشف این رابطه به اجرای آزمون تحلیل مسیر مبادرت شد تا اثر غیرمستقیم دینداری بر سلامت و ابعاد آن مشخص شود.

**سلامت کل:** نتایج تکنیک تحلیل مسیر این فرضیه را تأیید می‌کند که با اینکه دینداری از نظر آماری به‌طور مستقیم دارای تأثیر معناداری بر سلامت کل است، ولی بخش درخور توجهی از تأثیرات آن بر سلامت به‌طور غیرمستقیم و از طریق متغیرهای واسط ایجاد شده است. همچنین، طبق نتایج این آزمون تأثیر دینداری در ابعاد مختلف سلامت به شیوه‌های مختلف نمودار می‌شود.



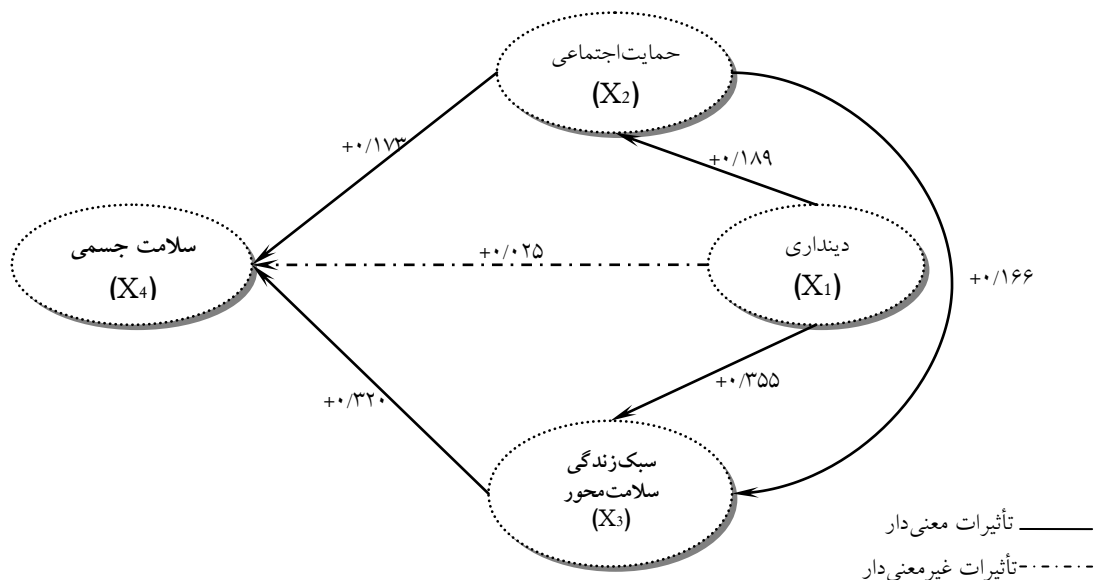
شکل ۲- نمودار نهایی تحلیل مسیر و ضرایب بتا برای سلامت کل

می‌دهد که قسمت اعظم این تأثیرات از طریق سبک زندگی سلامت محور است؛ به‌طوری‌که اثر دینداری بر سلامت جسمی از طریق سبک زندگی سلامت محور تقریباً چهار برابر اثر آن از طریق حمایت اجتماعی است.

علی‌رغم این‌که نتایج آزمون پیرسون نشان داد که دینداری همبستگی مستقیم معنی‌داری با سلامت و ابعاد آن در سطح اطمینان بالاتر از ۹۹ درصد دارد، اما زمانی‌که این متغیر (دینداری) همراه با متغیرهای مستقل دیگر (حمایت اجتماعی و سبک‌زندگی سلامت‌محور) در معادله رگرسیون وارد شد، اثر آن (دینداری) در سلامت و ابعاد سلامت ضعیف و گاه حتی حذف شد. مدل رگرسیون سلامت نشان می‌دهد که اثر دینداری بر سلامت کل و سلامت روانی معنی‌دار بوده، ولی اثر آن بر سلامت جسمی و اجتماعی غیرمعنی‌دار است. به‌عبارت دیگر، دینداری علی‌رغم اینکه در سطح دوم‌متغیره رابطه مستقیم معنی‌داری با سلامت جسمی و سلامت اجتماعی در سطح اطمینان بالاتر از ۹۹ درصد داشت، اما در تحلیل رگرسیون نقش آن (دینداری) بسیار ضعیف و

**سلامت جسمی:** نتایج آزمون تحلیل مسیر نشان می‌دهند که دینداری اثر مستقیم معنی‌داری بر سلامت جسمی ندارد بلکه اثر آن به‌صورت غیرمستقیم و از طریق متغیرهای سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی است. علاوه بر این، بررسی تأثیرات غیرمستقیم دینداری بر سلامت جسمی نشان

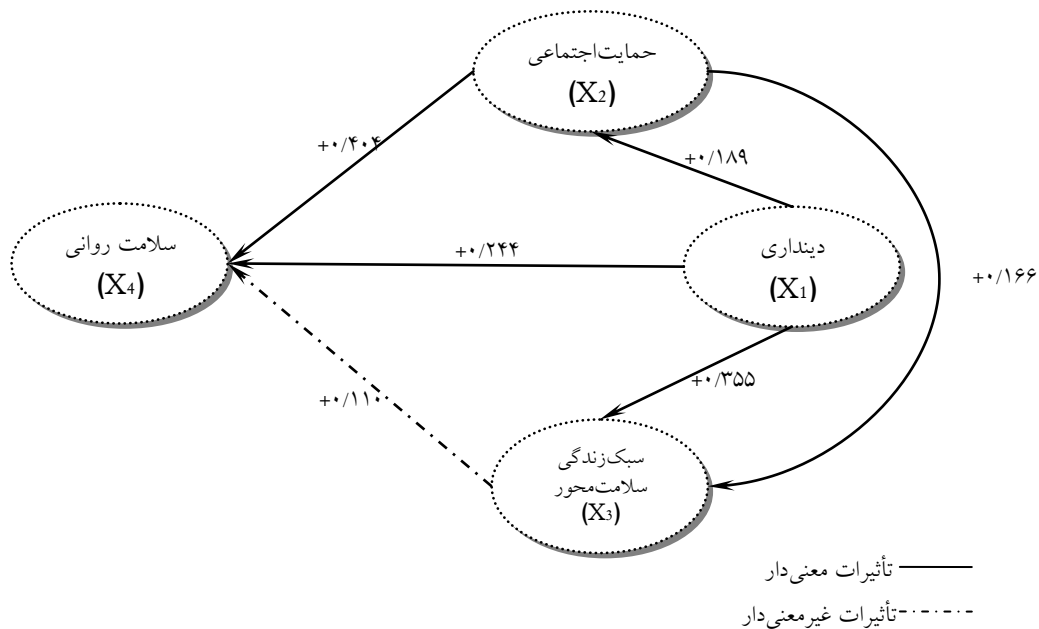




شکل ۳- نمودار نهایی تحلیل مسیر و ضرایب بتا برای سلامت جسمی

است. اثر غیرمستقیم دینداری بر سلامت روانی تنها از طریق متغیر حمایت اجتماعی است؛ به طوری که دینداری اثر معنی داری بر سلامت روانی از طریق سایر مسیرهای تعیین شده در مدل ندارد.

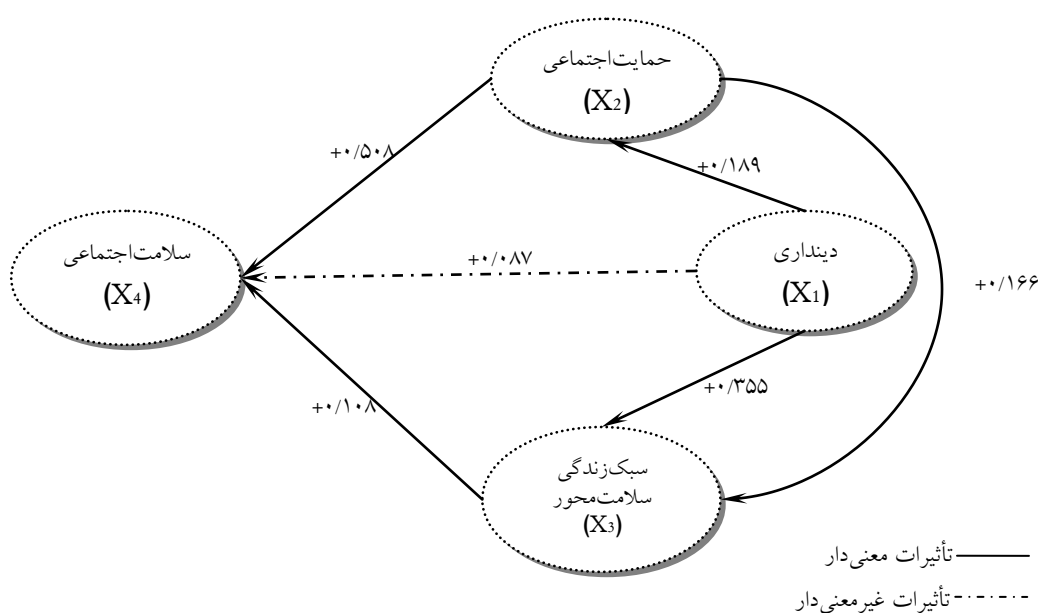
سلامت روانی: نتایج تحلیل مسیر بیانگر این مطلب هستند که علی‌رغم این که دینداری هم اثر مستقیم و هم اثر غیرمستقیم معنی دار بر سلامت روانی دارد، ولی اثر مستقیم آن دو برابر تأثیرات غیرمستقیم آن



شکل ۴- نمودار نهایی تحلیل مسیر و ضرایب بتا برای سلامت روانی

بررسی تأثیرات غیرمستقیم دینداری بر سلامت اجتماعی، برجستگی نقش متغیر حمایت اجتماعی را در مقایسه با سبک زندگی سلامت محور نمایان می‌سازد.

**سلامت اجتماعی:** باتوجه به نتایج آزمون تحلیل مسیر، دینداری به‌طور مستقیم اثر معنی‌داری بر سلامت اجتماعی ندارد، بلکه از طریق متغیرهای حمایت اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور باعث ارتقای سلامت اجتماعی می‌گردد. همچنین،



شکل ۵- نمودار نهایی تحلیل مسیر و ضرایب بتا برای سلامت اجتماعی

محور دارد، اثر مثبتی در ارتقای سلامت افراد دارد. در تبیین رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق، به رویکرد کارکردگرا و نظریه‌های معنا استناد شده است.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که نتایج آزمون‌های آماری مختلف برای بررسی رابطه میان دینداری و سلامت، گویای آن است که دینداری در ارتقای سلامت کل و ابعاد آن، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم اثر معنی‌داری دارد. نتایج این آزمون‌ها باتوجه به بحث‌های نظری مطرح شده در باب نسبت میان دینداری و سلامت چندان دور از انتظار نبود. در واقع، یافته‌های تحقیق تأییدی بر نظریه‌های مطرح

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که پیش از این بیان شد، مطالعه حاضر با عنوان «آزمون اثر دینداری بر سلامت» با هدف بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم دینداری بر سلامت انجام شده است. در این مطالعه، سلامت به‌عنوان متغیر وابسته مشتمل بر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده و اثر غیرمستقیم دینداری بر سلامت و ابعاد آن، از طریق متغیرهای حمایت اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور بررسی شده است. بر این اساس، فرضیه تحقیق این بود که دینداری به‌طور مستقیم و همچنین، از طریق تأثیری که بر حمایت اجتماعی و سبک زندگی سلامت

بنابراین، گسترش تعاملات اجتماعی و عضویت در شبکه‌های اجتماعی گسترده، زمینه‌ساز برخورداری از حمایت اجتماعی بیشتری برای افراد دیندار می‌شود. بدین ترتیب، دین با پیوستن مؤمنان به اجتماع گسترده‌تر و گسترش شبکه حمایتی آنان نقش مثبتی در ارتقای سلامت اجتماعی آنان ایفا می‌کند.

**ب) کارکرد معنا بخشی دین:** هرچند که ویر و برگر نیز مانند کارکردگرایان به کارکردهای اجتماعی و انسجام بخشی دین توجه دارند، اما تأکید آنها بیشتر بر روی کارکرد معنا بخشی و غایت‌گرایی دین است. از دیدگاه این نظریه پردازان، دین علاوه بر کارکردهای دیگر، فراهم آورنده معنا در برابر جهانی است که پیوسته به بی‌معنایی گرایش دارد. دین با توجیهی که از رنج و شوربختی می‌کند، یکی از نیازهای ژرف و عام بشر را برآورده می‌سازد. شوربختانی که رنج می‌برند، به شدت نیاز دارند که رنج و بدبختی‌شان را به گونه‌ای توجیه کنند که جنبه تصادفی نداشته باشد، بلکه جزئی از یک الگوی معنی‌دار و نظم عادلانه باشد. دین پاسخی است به دشواری‌ها و بی‌عدالتی‌های زندگی و می‌کوشد تا این ناکامی‌ها و تجربه‌های بشر از نابرابری و بی‌عدالتی را توجیه کند و در نتیجه انسان‌ها را قادر به کنار آمدن با آنها می‌کند. دین بر آن است تا نشان دهد که این واقعیت‌ها (بی‌عدالتی‌های آشکار) تنها به ظاهر وجود دارند و اگر انسان نظر گسترده‌تری به آنها داشته باشد، در می‌یابد که حتی همین بی‌عدالتی‌ها نیز الگوی معنی‌داری دارند. توجیه این واقعیت‌ها بدین گونه صورت می‌پذیرد که بی‌عدالتی‌های این جهان، با دادگری در جهان دیگر جبران خواهند شد. بر این اساس، دین با ارائه تبیین‌های معنوی در پاسخ به مسائل غایی بشر، درک‌پذیر ساختن جهان،

شده در قسمت چارچوب نظری هستند. مطابق نظریه‌های مطرح شده، از طریق کارکردهای انسجام بخشی، معنا بخشی و زاهدانه دین است که می‌توان اثر مثبت دینداری بر سلامت و ابعاد آن را تبیین کرد. **الف) کارکرد انسجام بخشی دین:** باتوجه به نظریه‌های کارکردگرایان، که برای تبیین رابطه میان سلامت و دینداری مطرح شد، دین احساس اشتراک و وحدت اجتماعی را برانگیخته، همبستگی گروه را تحکیم می‌بخشد. دین همچنین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی می‌تواند زمینه‌های لازم برای پیوند میان اعضا و انسجام اجتماعی را فراهم آورد. آیین‌های مذهبی مردم را گرد هم می‌آورند و بدین‌سان پیوندهای مشترکشان را دوباره تصدیق می‌کنند و در نتیجه، همبستگی اجتماعی را تحکیم می‌بخشند. با تکیه بر کارکرد انسجام بخشی و تقویت پیوندهای اجتماعی است که دین می‌تواند در گسترش پیوند میان فرد با اجتماع مؤثر باشد.

طبق این رویکرد، از یک طرف آموزه‌های دینی مبنی بر برقراری روابط و تعاملات گسترده با دیگران باعث می‌شود که دینداران گرایش بیشتری به گسترش ارتباطات اجتماعی و ارائه حمایت اجتماعی داشته باشند که این امر به نوبه خود به دریافت حمایت اجتماعی بیشتری از سوی اطرافیان منجر خواهد شد. از طرف دیگر، نفوذ اجتماعی دین در جامعه باعث شده که افراد دیندار علاوه بر شبکه‌های اجتماعی معمول مثل خانواده، خویشاوندی، دوستانه و شغلی در شبکه‌های اجتماعی دینی نیز عضویت پیدا کرده و به این ترتیب دارای شبکه اجتماعی گسترده‌تری در مقایسه با افراد کمتر دیندار گردند.

یا کمتر دیندار منجر خواهد شد. بنابراین، توصیه دین به یک زندگی همراه با انضباط اخلاقی و گاه زاهدانه می‌تواند عاملی برای گرایش مؤمنان به داشتن سبک زندگی سلامت محور باشد. داشتن زندگی پرنشاط، تحرک کافی در زندگی، پرهیز از سستی و تنبلی، پرهیز از خوردنی‌ها و نوشیدنی‌های حرام مانند گوشت خوک و مشروبات الکلی و به‌طور کلی پرهیز از ضرر رساندن به بدن، برخی از مصادیق عینی این نوع انضباط اخلاقی هستند که می‌توانند تأثیر قابل ملاحظه‌ای در ارتقای سبک زندگی سلامت محور و در نتیجه سلامت افراد دیندار داشته باشند.

بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود اثر غیرمستقیم دینداری بر سلامت جسمی، این نظریه را تأیید می‌کند که محتوای زاهدانه آموزه‌های دینی در خصوص کنترل خواهش‌های نفسانی و پرهیز از محرمات باعث می‌شود که افراد دیندار با کنترل بهتر نفسانیات خود از گرایش به انجام رفتارهای پرخطر خودداری کرده و در نتیجه از نظر جسمی سالم‌تر باشند.

#### پی‌نوشت‌ها

[۱] مفروضات نمونه‌گیری عبارت بودند از: جمعیت ۱۱۳۷۱ نفر، دقت احتمالی (d) ۵ درصد و با فرض بیشترین پراکنندگی صفات مورد مطالعه  $p=0/5$   $q=0/5$ .

[۲] یافته‌های توصیفی متغیرهای اصلی در این پژوهش با استفاده از میانگین گزارش شده است. با توجه به اینکه دامنه نمرات متغیرها تفاوت داشت، برای اینکه میانگین‌ها قابل مقایسه شوند، دامنه آنها به ۱ تا ۳ تبدیل شده است که در مورد هر متغیر عدد ۱ نشان دهنده طبقه پایین، عدد ۲ نشان دهنده طبقه متوسط و عدد ۳ بیانگر تعلق به طبقه بالاست. شایان

معنادار ساختن زندگی، توجیه پایگاه و سرنوشت خاص گروه‌های معین اجتماعی، توجیه شوربختی‌ها و مقابله با آن، به شکل مانعی بر سر راه بحران بی‌معنایی بشر عمل می‌کند. در نتیجه، دینداران که از احساس پوچی، بی‌معنایی و بی‌هدفی، کمتر رنج می‌برند، بهتر می‌توانند با شرایط سخت زندگی کنار آمده و آرامش و آسایش روانی داشته باشند. بر این اساس، یافته‌های تحقیق حاضر، دلالت‌های این نظریه‌ها مبنی بر اثر مثبت دینداری بر سلامت روانی را تأیید می‌کند.

**پ) کارکرد زاهدانه دین:** یکی دیگر از دلالت‌های نظریه جامعه‌شناسانی مانند وبر و برگر در خصوص رابطه بین دینداری و سلامت، مربوط به اثر مثبت دینداری در ارتقای سلامت جسمی است. رویکرد این نظریه پردازان به‌طور کلی دلالت بر این امر دارد که دین عامل مهمی برای کنترل خواهش‌های غریزی انسان است. شرکت در آیین‌های مذهبی تا اندازه‌ای باعث خویشتنداری افراد دیندار می‌شود و در نتیجه آنان بهتر می‌توانند بر خواهش‌های نفسانی خود غلبه کنند.

دین به‌عنوان نهادی که مشتمل بر مجموعه وسیعی از بایدها و نبایدهاست، نه تنها شامل دستورهای الزامی مانند نماز، روزه و اطاعت خداوند است، بلکه گستردگی آن در زوایای مختلف زندگی مؤمنان به حدی است که در امور جزئی‌تر نیز دستورالعمل خاصی دارد و از این نظر برای پیروان خود به مثابه یک شیوه زندگی عمل می‌کند. به نظر می‌رسد داشتن زندگی هماهنگ با توصیه‌های دینی و دیندار بودن که می‌تواند در تمام زوایای زندگی مؤمنان رسوخ یافته و در گفتار، رفتار و کردار آنان متجلی شود (نه فقط اموری مانند نماز و روزه) به ایجاد تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در زندگی افراد دیندار با افراد غیردیندار و

\_\_\_\_\_. (۱۳۸۴). «مدلی برای سنجش دینداری در

ایران» *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۶، ش ۱: ۳۴-۶۶.

شهری رستمی، اسماعیل. (۱۳۸۶). *بررسی تأثیر*

*سبک زندگی بر وضعیت سلامت گروه سنی ۳۵*

*تا ۶۵ ساله مردان شهرستان بهشهر*، پایان‌نامه

کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم

اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

شهنی ییلاق، منیجه و احمد موحد. (۱۳۸۳). «رابطه

علی بین نگرش‌های مذهبی، خوشبینی، سلامت

روانی و سلامت جسمانی در بین دانشجویان

دانشگاه شهید چمران اهواز» *مجله علوم تربیتی و*

*روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، سال ۱۱،

دوره ۳، ش ۱ و ۲: ۱۹-۳۴.

صمیمی، رقیه و دیگران. (۱۳۸۵) «ارتباط

سبک‌زندگی با سلامت عمومی دانشجویان»

*فصلنامه پرستاری ایران*، دوره ۱۹، ش ۴۸: ۸۳-

۹۳.

طالبان، محمدرضا. (۱۳۷۷). «سنجش دینداری

جوانان» *فصلنامه نمایه پژوهش*، ش ۷ و ۸.

طالبان، محمدرضا. (۱۳۸۱). «افول دینداری و

معنویت، توهم یا واقعیت» *ماهنامه تربیت*،

وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۸، ش ۱.

کوزر، لوئیس. (۱۳۸۲). *زندگی و اندیشه بزرگان*

*جامعه‌شناسی*، ترجمه محسن ثلاثی، چاپ دهم،

تهران: انتشارات علمی.

گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی*، ترجمه حسن

چاوشیان، تهران: نشر نی.

وبر، ماکس. (۱۳۸۲). *دین، قدرت و جامعه*، ترجمه

احمد تدین، تهران: انتشارات هرمس.

همیلتون، ملکم. (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی دین*، ترجمه

محسن ثلاثی، تهران: نشر ثالث.

Bell, R., Wechsler, H., & Johnston, L. D.

ذکر است که این طبقه‌بندی تنها در مرحله توصیفی

و به دلیل قابل مقایسه نمودن میانگین‌ها انجام گرفته

و در مرحله تبیینی از مقادیر واقعی استفاده شده

است.

## منابع

تامسون، کنت و دیگران. (۱۳۸۱). *دین و ساختار*

*اجتماعی؛ مقالاتی در جامعه‌شناسی دین*، ترجمه

علی بهرام‌پور و حسن محدثی، تهران: انتشارات

کویر.

ترابی، محمدعلی. (۱۳۸۴). *بررسی شیوه زندگی و*

*رفتارهای مرتبط با سلامت در بین دانشجویان*

*پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، پایان‌نامه

دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

توسلی، غلام‌عباس. (۱۳۸۰). *جامعه‌شناسی دینی*،

تهران: انتشارات سخن.

ثامتی، ناهید. (۱۳۷۶). *ساخت و اعتباریابی مقیاسی*

*برای سنجش حمایت اجتماعی و بررسی رابطه*

*فشارزاهای دانشجویی با عملکرد تحصیلی*،

*افسردگی و اضطراب در دانشجویان دانشگاه*

*چمران اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه

چمران اهواز.

سراج‌زاده، سیدحسین. (۱۳۷۸). «نگرش‌ها و

رفتارهای دینی نوجوانان تهران و دلالت‌های آن

برای نظریه سکولار شدن» *فصلنامه نمایه*

*پژوهش*، سال ۲، ش ۸ و ۹، بهار و تابستان.

سراج‌زاده، سیدحسین و محمدرضا پویافر. (۱۳۸۶).

«مقایسه تجربی سنجه‌های دینداری: دلالت‌های

روش‌شناسانه کاربرد سه سنجه در یک جمعیت»

*مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۸، ش ۴: ۷۱-۷۳.

شجاعی‌زند، علی‌رضا. (۱۳۸۰). *دین، جامعه و*

*عرفی شدن؛ جستارهایی در جامعه‌شناسی دین*،

تهران: نشر مرکز.

- Relationship between the Degree of Professed Religious Belief and Use of Drugs" *International Journal of the Addictions*, 17: 847-857.
- Koenig, H. G., George, L. K., Cohen, H. J., Hays, J. C., Blazer, D. G., & Larson, D. B. (1998) "The Relationship between Religious Activities and Cigarette Smoking in Older Adults" *Journal of Gerontology (medical sciences)*, 53A: 426-434.
- Koenig, H. G., M. E. McCullough, and D. B. Larson (2001) *Handbook of religion and health*, New York: Oxford University Press.
- Leach, B. J. (2003) Exercise level and age as related to self-perceived physical health, mental health and social health in older adults, Ph.D. diss., University of San Diego.
- Lorch, B. R., & Hughes, R. H. (1985) "Religion and Youth Substance Use" *Journal of Religion and Health*, 24: 197-208.
- Mattila, A., Apostolopoulos, Y., Sonmez, S., Yu, L., & Sasidharan, V. (2001) "The Impact of Gender and Religion on College Students' Spring Break Behavior" *Journal of Travel Research*, 40(2): 193-200.
- McIntosh, D., & Spilka, B. (1990) "Religion and Physical Health: the Role of Personal Faith and Control Beliefs" *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2: 167-194.
- Newcomb, M. D., Maddahian, E., & Bentler, P. M. (1986) "Risk Factors for Drug Use among Adolescents: Concurrent and Longitudinal Analysis" *American Journal of Public Health*, 76: 525-531.
- Nonnemaker, J. M., McNeely, C. A., Blum, R. Wm. (2003) "Public and Private Domains of Religiosity and Adolescent Health Risk Behaviors: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health" (1997) "Correlates of College Student Marijuana Use: Results of a US National Survey" *Addiction*, 92 (5): 571-582.
- Chen, C. Y., Dormitzer, C. M., Bejarano, J., Anthony, J. C. (2004) "Religiosity and the Earliest Stages of Adolescent Drug Involvement in Seven Countries of Latin America" *American Journal of Epidemiology*, 159 (12): 1180-1188.
- Cockerham, W. C. (2008) *Social Causes of Health and Disease*, London: Polity Press.
- Davis, Kingsley (1964) *Human Society*, New York: MacMillan.
- Enstrom, J. E. (1989) "Health Practices and Cancer Mortality among Active California Mormons" *Journal of the National Cancer Institute*, 81: 1807-1814.
- Fenn, R. K. (2003) *the Blackwell Companion to Sociology of Religion*, Blackwell Publishing.
- Friedman, G. D., Cutter, G. R., Donahue, R. P., Hughes, G. H., Hulley, S. B., & Jacobs, D. R. et al (1988) "CARDIA: Study Design, Recruitment, and Some Characteristics of the Examined Subjects" *Journal of Clinical Epidemiology*, 41: 1105-1116.
- Hart, A., Tinker, L. F., Bowen, D. J., Satia-About, A. J., & McLerran, D. (2004) "Is Religion Orientation Associated with Fat and Fruit/Vegetable Intake?" *Journal of the American Dietetic Association*, 104: 1292-1296.
- Hunt, I. E., Murphy, N. J., & Henderson, C. (1999) "Food and Nutrient Intake of Seventh-Day Adventist Women" *American Journal of Clinical Nutrition*, 48: 850-851.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1997) "Religion, Psychopathology, and Substance Use and Abuse: A Multimeasure, Genetic-Epidemiologic Study" *American Journal of Psychiatry*, 154: 322-329.
- Khavari, K. A., & Harmon, T. M. (1982) "The

- Finland?" *Alcohol & Alcoholism*, 37 (4): 330-339.
- Yap, M., Devilly, G. (2004) "The Role of Perceived Social Support in Crime Victimization" *Clinical Psychology Review*, 24: 1-14.
- Social Science & Medicine*, 57: 2049–2054.
- Oleckno, W. A., Blacconiere, M. J. (1991) "Relationship of Religiosity to Wellness and Other Health-Related Behaviors and Outcomes" *Psychological Reports*, 68: 819-826.
- Patock-Peckham, J. A., Hutchinson, G. T., Cheong, J. & Nagoshi, C. T. (1998) "Effect of Religion and Religiosity on Alcohol Use in a Collage Student Sample" *Drug & Alcohol Dependence*, 49(2): 81-88.
- Pederson, W. & Kolstad, A. (2000) "Adolescent Alcohol Abstainers: Traditional Patterns in New Groups" *Acta Sociologica*, 43 (3): 219-232, Sage Publications.
- Serajzadeh, Seyed Hossein (1998) *Muslims, religiosity and delinquency: An examination of Iranian youth*, Ph.D. diss., University of Essex.
- Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Cohen, R. D., & Kaplan, G. A. (2001) "Religious Attendance Increases Survival by Improving and Maintaining Good Health Behaviors, Mental Health, and Social Relationships" *Annals of Behavioral Medicine*, 23: 68-74.
- Wallace, J. M., Brown, T. N., Bachman, J. G., & Laveist, T. A. (2003) "The Influence of Race and Religion on Abstinence from Alcohol, Cigarettes and Marijuana among Adolescents" *Journal of Studies on Alcohol*, 64: 843-848.
- Ware, J. (2000) SF-36 health survey update, *Spine*, 25: 3130-3139.
- Whooley, M. A., Boyd, A. L., Gardin, J. M., & Williams, D. R. (2002) "Religious Involvement and Cigarette Smoking in Young Adults" *Archives of Internal Medicine*, 162: 1604-1610.
- Winter, T., Karvonen, S. and Rose, R. J. (2002) "Does Religiousness Explain Regional Differences in Alcohol Use in

