

## بررسی رابطه دینداری با سلامت عمومی (مطالعه موردی ساکنان شهر مشهد)

پژمان ابراهیمی سیریزی (دانشجوی کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران)

**pezhman.ebrahimi@yahoo.com**

غلامرضا حسنی درمیان (استادیار جمعیت‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، نویسنده مسئول)

**gh-hassani@um.ac.ir**

مهدی کرمانی (استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران)

**m-kermani@ferdowsi.um.ac.ir**

### چکیده

امروزه تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی در کنار عوامل بهداشتی و اقتصادی مؤثر بر سلامتی مورد توجه محققان و نظریه‌پردازان این حوزه قرار گرفته است. بررسی حاضر نیز با هدف دستیابی به رابطه دینداری با سطح سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد صورت گرفته و چهارچوب نظری آن متکی بر نظریات اجتماعی سلامت؛ از جمله نظریات دورکیم، بینگر، ادی و گوردون آلپورت بوده است. جامعه آماری این تحقیق ۳۰۰ نفر از شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ بوده‌اند که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها، از طریق روش پیمایش و به کمک پرسش‌نامه استاندارد سلامت SF36 و پرسش‌نامه دینداری گلاک و استارک صورت گرفته است. نتایج به دست آمده نشان داد که میزان همبستگی بین دینداری و سلامت شهروندان برابر با ۰/۴۳۴ است. این نتیجه بیانگر وجود همبستگی مثبت (مستقیم) بین دینداری و سلامت است. همچنین، به وسیله متغیرهای مستقلی که وارد معادله رگرسیون شده‌اند، ۳۸ درصد تغییرات حاصل در متغیر وابسته (سلامت) توسط متغیرهای مستقل تحقیق قابل تبیین است. در بین متغیرهایی که وارد مدل شده‌اند، براساس بتای‌های استاندارد شده، متغیر مستقل دینداری بُعد دانشی دارای بیشترین تأثیر بر سلامت شهروندان و مقدار استاندارد تأثیرگذاری آن بر متغیر وابسته (سلامت) برابر با ۰/۴۷۹ بوده است.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت، دینداری، شهروندان، مشهد

## ۱. مقدمه

سلامت بنیادی‌ترین عنوانی است که حیات انسان به آن استوار است. سلامت به‌عنوان مفهومی اساسی در زندگی انسان از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده و انسان برای رسیدن به آن، همه امکانات و نیروهای خود را بسیج کرده؛ ولی هرگاه سخنی از آن به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی و در چند دهه اخیر نیز بعد روانی آن مورد توجه بوده است و جنبه اجتماعی آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت یکی از حقوق عمده انسانی است و در نتیجه، همه انسان‌ها باید به منابع اساسی برای تأمین سلامت دسترسی داشته باشند. درک و شناخت همه‌جانبه سلامت ایجاب می‌کند همه نظام‌ها و ساختارهایی که وضعیت اجتماعی اقتصادی و محیط فیزیکی را در کنترل و تسلط خود دارند، مضامین فعالیت‌های خود را در خصوص آثاری که بر سلامت و رفاه فرد و جامعه دارند، در نظر بگیرند (فتحی، عجم‌نژاد و خاک‌رنگین، ۱۳۹۱).

سازمان بهداشت جهانی ضمن توجه دادن کشورها در راستای تأمین سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی اعضای جامعه، بر این نکته تأکید دارد که هیچ کدام از ابعاد سلامتی بر دیگر ابعاد آن برتری ندارد، رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه است و شناسایی عوامل تعیین‌کننده و مرتبط با آن در جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح خرد و کلان جامعه از دیدگاه سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی از مسائل اساسی هر کشوری محسوب می‌شود (هزارجریبی و ارفعی عین‌الدین، ۱۳۹۱، ص. ۴۰).

از بعد تاریخی، حق سالم‌بودن یکی از قدیمی‌ترین حقوق شهروندان هر جامعه‌ای است که در قوانین اساسی اکثر کشورهای جهان به آن اهمیت داده شده است. در سطوح بین‌المللی در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر قاطعانه بیان شده که هرکسی حق دارد از استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده‌اش برخوردار باشد (افشانی و شیرینی محمدآباد، ۱۳۹۴).

با توجه به تعاریف مختلفی که از سلامت شده است، پذیرفته‌ترین آن‌ها تعریف سازمان بهداشت جهانی است. سازمان بهداشت جهانی، سلامت را به صورت بهزیستی کامل فیزیکی، روانی، اجتماعی تعریف می‌کند نه صرفاً فقدان بیماری و ناراحتی (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵، ص. ۷).

یکی از عوامل مرتبط با سلامت شهروندان، میزان دینداری آن‌ها است. دین حقیقتی است که در جنبه‌ها و ابعاد گوناگون زندگی انسان حضور قابل توجهی دارد و به عنوان یکی از پنج نهاد اصلی هر اجتماعی، جایگاهی خاص در تقسیم‌بندی جامعه‌شناسان به خود اختصاص داده است. در جوامع امروزی و مدرن، دین به عنوان موضوعی غیرقابل انکار نگریسته شده و سعی می‌شود میزان و تأثیرات آن به طور جامع مورد بررسی قرار گیرد. از آن جاکه دین یک پدیده گروهی تلقی می‌شود که در رابطه متقابل با دیگر واحدهای سازنده یک جامعه قرار می‌گیرد، انتظار می‌رود که هم بر سایر نهادهای جامعه تأثیر بگذارد و هم از آن‌ها تأثیر پذیرد (کلانتری و حسینی‌زاده آرانی، ۱۳۹۴، ص. ۲۶).

به این ترتیب، افزایش مطالعات صورت گرفته در زمینه دین و دینداری، خود معرف اهمیت این مقوله در زندگی انسان‌ها است. دینداری جلوه و مصداق دین است و در واقع، عنوان عامی است که به هر فرد یا پدیده‌ای که ارزش‌ها و نشانه‌های دینی در آن متجلی باشد، اطلاق می‌شود. دینداری یک نظام عملی مبتنی بر اعتقادات است که در ابعاد فردی و اجتماعی، از جانب پروردگار برای هدایت انسان‌ها در مسیر رشد و کمال الهی ارسال شده است و شامل عقاید، باورها، نگرش‌ها و رفتارهایی است که با هم پیوند داشته و یک احساس جامعیت را برای فرد تدارک می‌بینند (کلانتری و حسینی‌زاده آرانی، ۱۳۹۴، ص. ۲۶).

دین غالباً می‌تواند عامل نیرومند تعیین‌کننده پدیده‌های اجتماعی و روانی باشد. به نهادها شکل بدهد، بر ارزش‌ها تأثیر بگذارد و روابط را زیر نفوذ خود بگیرد (کلانتری و حسینی‌زاده

---

1. World Health Organization (WHO)

آرانی، ۱۳۹۴، ص. ۲۶) و به‌عنوان یک نماد اجتماعی برای جامعه، انضباط، انسجام و خوش‌بختی به همراه بیاورد. دین، معنویت یا مذهب عواملی مهم و تأثیرگذار بر رفتار، حالات روانی و در کل، سلامت جامعه هستند. روند گرایش به دین و معنویت و نیز آثار و پیامدهای دینداری بر جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی و فردی، توسط پژوهش‌های متعددی در جوامع مختلف جهان، مورد بررسی قرار گرفته است. تجربه جوامع غربی نشان داده است که مادی‌گرایی، در ایجاد شادی و احساس خوش‌بختی کاملاً موفق نبوده است. افرادی که توجه بیشتری به ثروت، ظاهر شخصی و شهرت دارند، بیشتر دچار افسردگی، کاهش انگیزه برای زیستن و دردهای جسمانی می‌شوند. تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد که مادی‌گرایی باعث به‌خطرافتادن سلامت روانی و جسمی افراد می‌شود. بنابراین، امروزه دینداری و معنویت برای جمعیت قابل توجهی از مردم جهان مهم و حیاتی شده است، حتی در جوامع صنعتی و فرامدرن نیز برخلاف انتظار، گرایش به معنویت و دینداری فزونی یافته است (ریاحی، علیوردی‌نیا و بنی‌اسد، ۱۳۸۷، ص. ۵۴).

عده‌ای از دانشمندان بر این باورند که بسیاری از متغیرهای سلامتی به‌وسیله باورهای دینی و مذهبی تبیین می‌شوند. درواقع، مذهب یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار و شناخت به شمار می‌رود (پورمحمد، جهانبخش و محمدی، ۱۳۹۶، ص. ۸۰). آن‌ها معتقدند مذهب به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی به‌خصوص حوادثی را که مشکل‌زا هستند، درک کرده و باعث دلگرمی و خرسندی مطبوعی در روحیه او بشود و درنتیجه، سلامت او را افزایش دهد. داشتن مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، احساس کنترل، سبک زندگی سالم‌تر، پذیرفته‌شدن از سوی دیگران و درنتیجه، بالارفتن سطح سلامت می‌شود (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۷، ص. ۸۰). همچنین، در تحقیقات و نظریات مختلف؛ ازجمله دیدگاه‌های کارکردگرایانه دورکیم، یینگر و اُدی هر کدام به‌نحوی دلالت‌هایی برای رابطه بین دینداری و سلامت دارند.

طبق رویکرد کارکردگرایان، دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند و باعث ارتقای سلامتی می‌شود. از جمله تحقیقات توکلی، اسماعیل‌زاده، لشکری قوچانی و محمدی (۱۳۹۵)؛ مولایی و رستمی (۱۳۹۶)؛ ویلانیت، تمپلتون، آردلت و مایر<sup>۱</sup> (۲۰۰۸)؛ کوئینگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) نشان داده شده است که دینداری نقش مهمی در ارتقای سلامت دارد.

اهمیت نقش و جایگاه دین در زندگی بشر به قدری است که تمام مؤلفه‌های حیات روانی و جسمی وی را تحت الشعاع خود درآورده است. محققان سلامت روانی و جسمی، یافته‌های روبه‌رشدی پیدا کرده‌اند که نشان می‌دهد زندگی معنوی انسان با بهزیستی جسمی و روانی وی رابطه دارد (موسوی و اکبری زردخانه، ۱۳۸۹، ص. ۱۵۳). افرادی که از دینداری بالایی برخوردارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند، میزان پایین‌تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند، اضطراب کمتری دارند، از مصرف مواد روان‌گردان و الکل پرهیز می‌کنند، از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. آن‌ها به دلیل اتخاذ شیوه‌های سالم زندگی، امید به زندگی بالاتری نیز نسبت به افراد عادی دارند (موسوی و اکبری زردخانه، ۱۳۸۹، ص. ۱۵۳).

براساس شواهد نظری و تجربی بیان‌شده، مقاله حاضر بر آن است براساس پژوهش انجام‌شده، رابطه سلامت و دینداری را در شهر مشهد به‌عنوان دومین کلان‌شهر و مهم‌ترین شهر مذهبی ایران مورد بررسی قرار دهد. شهر مشهد بیش از ۵۰ درصد جمعیت استان خراسان را در خود جای داده است و سالانه حدود ۱۵ میلیون نفر در سال زائر دارد. با این وجود، همچون سایر شهرها زمینه وسیعی از عوامل تهدیدکننده سلامت انسان و کیفیت زندگی در شهر مشهد نیز مطرح است. بنابراین، با توجه به اهمیت و آثار دینداری بر سلامت،

1. Vaillant, Templeton, Ardelt & Meyer  
2. Koenig

پژوهش انجام شده این مهم را در میان افراد سی ساله و بالاتر<sup>۱</sup> در شهر مشهد مورد ارزیابی قرار داده است و سؤال اصلی خود را در این ارتباط چنین مطرح کرده است: تا چه اندازه دینداری بر سلامت شهروندان سی ساله و بالاتر شهر مشهد تأثیرگذار است؟

## ۲. پیشینه تجربی تحقیق

رئیزی و منتظری توکلی (۱۳۹۵) پژوهشی با عنوان رابطه دینداری با سلامت روان و خودکارآمدی در دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم ناحیه یک کرمان انجام دادند. این مطالعه از روش توصیفی از نوع همبستگی است و از ابزار پرسش نامه به منظور جمع آوری داده ها استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم ناحیه یک کرمان تشکیل می دهند که تعداد ۳۶۰ نفر از آن ها به شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. یافته های تحقیق نشان داد که بین دینداری با سلامت روان و مؤلفه های آن رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، بین دینداری با خودکارآمدی رابطه معنادار وجود دارد. بنابراین دینداری، سلامت روان و خودکارآمدی را پیش بینی می کند.

نگهداری، محمدی نیا و صابر (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان تبیین رابطه نگرش مذهبی و دینداری با سلامت دانشجویان انجام دادند. روش تحقیق از نوع همبستگی و از ابزار پرسش نامه به منظور جمع آوری داده ها استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اقلید است که با استفاده از فرمول کوکران ۱۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. یافته های پژوهش نشان داد که بین نگرش مذهبی با سلامت روان

۱. دلیل انتخاب سنین سی سال و بالاتر این است که دو کهورت جمعیتی را شامل می شود. جمعیتی که قبل از ۱۳۳۵ متولد شدند (۶۰ سال به بالا) و جمعیت هایی که در ۳۰ سال آینده به سن ۶۰ سال و بالاتر به تدریج می رسند و در مجموع، میان سال ها و سالمندان را در برمی گیرند و انتظار می رود از بلوغ لازم اجتماعی و دینداری برخوردار باشند و این مهم سلامت عمومی آن ها را تحت تأثیر قرار داده باشد.

دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین، بُعد اعتقادی، عاطفی، پیامدی و مناسکی با سلامت روان دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد.

کلانتری و حسینی زاده آرانی (۱۳۹۴) تحقیقی با عنوان «دین، سلامت روان و احساس تنهایی (بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی؛ مورد مطالعه: شهر تهران)» انجام دادند. روش مورد استفاده در این پژوهش، پیمایش بوده و جامعه آماری مورد مطالعه، کلیه شهروندان ۱۸+ سال تهران هستند که ۵۲۴ نفر از آنها با روش نمونه گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و توسط پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی رابطه معنی دار و منفی وجود دارد و دینداری و اعتقادات مذهبی افراد تأثیر مثبتی بر سطح سلامت روان آنها بر جای می‌گذارد.

باورصاد، شمسی گوشکی و محمدی (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه میان دینداری و سلامت روان منابع انسانی سازمان (مورد مطالعه: دانشگاه شهید چمران اهواز)» انجام دادند. تحقیق حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی است. حجم جامعه آماری با استفاده از فرمول کوکران ۳۲۷ نفر با روش نمونه گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که میان دینداری و سلامت روانی کارکنان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، میان ابعاد دینداری جز بُعد اعتقادی و سلامت روانی کارکنان رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲) پژوهشی را به منظور بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان انجام دادند. جامعه آماری این پژوهش شهروندان ۱۹-۵۹ سال شهر اصفهان و حجم نمونه ۳۸۴ نفر بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسئولیت‌پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بین سلامت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی نیز رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. هر کدام از متغیرهای هفت‌گانه تحقیق به‌طور جداگانه

(سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، مهاجرت، طبقه اجتماعی، درآمد و حوزه اجتماعی شهر) با سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشتند.

سراج زاده، جواهری و ولایتی خواجه (۱۳۹۲) پژوهشی با عنوان «دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان» پرداختند. این مطالعه از نوع پیمایشی بود و از ابزار پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دانشگاه تبریز تشکیل می‌دهند که براساس فرمول کوکران ۳۵۰ نفر به روش طبقه‌ای متناسب انتخاب شدند. یافته‌های تحقیق نشان داد که 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.

فرح‌بخش، غلامرضایی و نیک‌پی (۱۳۸۴) پژوهشی با عنوان «رابطه بین سلامت روانی و برخی متغیرهای زمینه‌ای در بین دانشجویان دانشگاه لرستان» انجام دادند. در این تحقیق که یک پژوهش توصیفی بود، نمونه آماری تحقیق ۴۳۶ نفر از دانشجویان دانشگاه لرستان بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای به صورت تصادفی انتخاب شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد که دانشجویان سلامت روانی بالایی ندارند؛ علاوه بر آن، دانشجویان دختر نسبت به پسران آسیب‌پذیرتر هستند و فعالیت‌های گروهی با برخورداری از سلامت روانی ارتباط دارد.

شاهسوارانی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶) تحقیقی با عنوان تأثیر آموزش روانی-مذهبی در بهبود رفتار سازمانی و سلامت روان انجام دادند. نتایج تحقیق نشان داد که آموزش روانی-مذهبی اثر مثبتی بر روی سلامت روان شرکت‌کنندگان دارد. همچنین، ادغام آموزش مذهبی با روش‌های معمول مداخلات روان‌شناختی مفید و سودمند خواهد بود و سطح سلامت روان و رفتار سازمانی را افزایش می‌دهد.



کوین و آتز<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین دینداری شخصی و استفاده از خدمات بهداشت روانی در بین نوجوانان» انجام دادند. نتایج تحقیق نشان داد رابطه منفی و معناداری بین دینداری شخصی و استفاده از خدمات بهداشت روانی وجود دارد. بنابراین، نوجوانان با باورهای مذهبی زیاد احتمال کمتری به افسردگی نسبت به هم‌تایان کمتر مذهبی خود دارند.

شیا، چانگ، چیانگ و تام<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) تحقیقی با عنوان «دین و سلامت: اضطراب، مذهب، معناداربودن زندگی و سلامت روانی» انجام دادند. نتایج تحقیق نشان داد که معناداربودن زندگی، همبستگی منفی با اضطراب دارد، در حالی که با سلامت و مذهب همبستگی مثبتی داشت.

کزدی، مارتوس، بول‌اند و هرواث سابو<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) پژوهشی با عنوان «رابطه شک و تردید مذهبی با سلامت روان» انجام دادند. روش مورد استفاده در این تحقیق، مقطعی بود. نتایج پژوهش نشان داد که داشتن شک مذهبی همبستگی مثبت با اضطراب و افسردگی دارد، در حالی که داشتن اعتقاد مذهبی رابطه منفی با اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد.

مرور تحقیقات انجام شده درباره سلامت نشان می‌دهد در اغلب تحقیقات انجام گرفته در زمینه سلامت از یک نظریه استفاده شده است و به سایر نظریه‌ها توجهی نشده و تلاشی در جهت بسط نظریات مرتبط با سلامت نشده است. از طرف دیگر، تحقیقات صورت گرفته در زمینه سلامت به ندرت بر اساس تفکیک جنسیتی بوده و پژوهش‌های انجام گرفته نیز صرفاً معطوف به برخی متغیرهای خاص هستند. همچنین، پژوهش‌های اندکی با نگاهی جامعه‌شناختی به بررسی رابطه تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی از جمله دینداری بر سلامت پرداخته‌اند و بیشتر تحقیقات مرتبط در این زمینه با نگاهی روان‌شناختی صورت گرفته است.

---

1. Quinn & Utz

2. Shiah, Chang, Chiang & Tam

3. Kezdy, Martos, Boland & Horvath Szabo

## ۳. چهارچوب نظری

عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارت است از: (۱) رویکرد بیماری محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است. از این منظر سلامتی حالتی است که علایم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی بود. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روان شناختی نادیده گرفته می شود. (۲) رویکرد سلامتی محور: که در آن سلامت را به عنوان برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می کنند. با توجه به دو رویکرد مذکور دو نوع الگو برای سلامت مطرح است: اول الگوی زیست شناختی که نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روان شناختی را دست کم گرفته است و در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی؛ مانند اعتیاد، بیماری های روانی و غیره، نارسا بوده است. دومین مورد الگوی کلیت سلامت نام دارد. این الگو همه عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و غیره را شناسایی می کند. در این دیدگاه، عوامل متعددی در تعیین سلامتی فرد دخالت دارد. سلامتی حالتی فراتر از تعادل کامل اعمال بدن به شمار می رود (راد، محمدزاده و محمدزاده، ۱۳۹۴، ص. ۱۴۷).

یکی از متفکران حوزه سلامت که اشارات جامعه شناختی و روان شناختی در کار او کاملاً به چشم می خورد، کیز است. طبق نظر او حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و به خصوص سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. از نظر وی، سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع، نشان می دهند چه قدر یک شخص در زندگی اجتماعی اش مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند، عملکرد خوبی دارد. کیز معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و به این ترتیب، سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می کند و عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش های اجتماعی را در بر

می‌گیرد. همچنین، وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی، رابطه مثبتی وجود دارد؛ به عبارتی، او معتقد است که کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. کیز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمارد که شامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، یک‌پارچگی یا انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی است (راد، محمدزاده و محمدزاده، ۱۳۹۴، ص. ۱۵۱-۱۴۹).

از جمله متفکران دیگری که در کار وی می‌توان رهیافت‌هایی درباره نسبت دینداری و سلامت دید، میلتون بینگر است. وی دین را نظامی فراهم آمده از باورها و رفتار می‌داند که از طریق آن گروهی از مردم با مسائل غایی حیات؛ مانند مسأله مرگ، رنج، وجود شیطان و شرور و بی‌عدالتی در جهان درگیر می‌شوند. او می‌گوید دین با ارائه تبیینی از جهان، فرد را در فائق آمدن بر ناامیدی، سرخوردگی و خروج از حیرت و سرگشتگی یاری می‌رساند (کلانتری و حسینی‌زاده آرانی، ۱۳۹۴، ص. ۳۰). دین از طریق شناساندن مبدأ، مقصد و مسیر حرکت و به‌طور کلی با شناساندن هدف زندگی، به انسان مسیر حرکت و الگوهای رفتاری خاصی می‌دهد و به این ترتیب به زندگی معنی می‌بخشد. این کارکرد آرامش‌روانی را در جامعه، خانواده و گروه به همراه دارد. در دستگاه فکری دورکیم، بینگر، وبر، برگر و حتی کارل مارکس، دین عاملی برای آرامش‌بخشیدن به انسان تعبیر می‌شود (کلانتری و حسینی‌زاده آرانی، ۱۳۹۴، ص. ۳۰). دین عملاً به‌عنوان یک سیستم ارزشی به حرکت‌های انسانی جهت داده، آن را هدفمند کرده و انسان را به سوی اعتلای روانی، انسانی و تکامل رهنمون می‌سازد. از این‌رو، براساس رویکرد نظریه‌پردازان کارکردگرا، دین، جامعه را متحد کرده و با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از

طریق مناسب جمعی، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند و در نتیجه، به ارتقای سلامت افراد دیندار منجر می‌شود (راد و همکاران، ۱۳۹۴، ص. ۳۰).

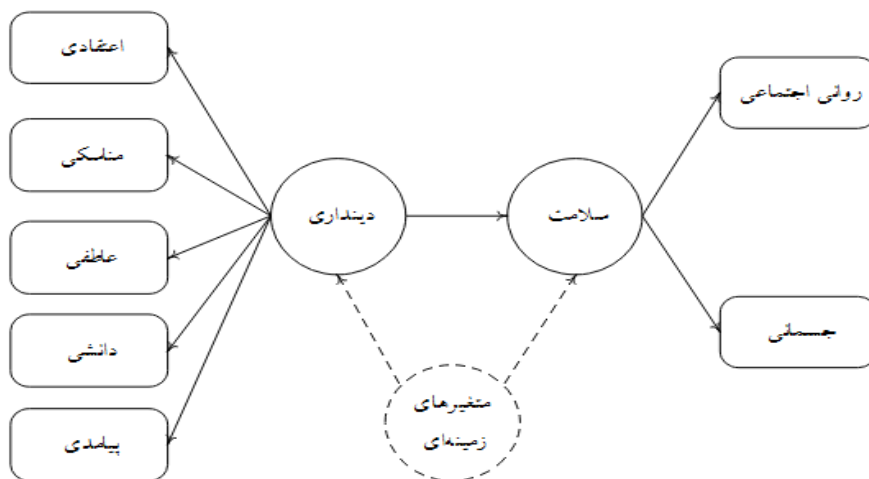
گوردون آلپورت<sup>۱</sup> دیگر نظریه پرداز این حوزه است که به تفکیک تصور (جهت گیری) بیرونی از تصور (جهت گیری) درونی دین، همت گمارد. وی معتقد است تدین بیرونی (جهت گیری دینی بیرونی) یک نوع نگرش دینی است که فایده نگرانه، در خدمت شخص است و حافظ منافع اوست. این افراد مستعدند که از دین برای اهداف خود استفاده کنند. ارزش‌های آن‌ها، ابزاری و فایده نگرانه است. این در حالی است که تدین درونی (جهت گیری دینی درونی) خصیصه کسانی است که کل عقاید دین خود را، بی قید و شرط، در ذهن و ضمیر خود رسوخ داده‌اند و از آن‌چه ناظر به هم نوع دوستی و خدمت به انسان‌ها است، دریغ نمی‌کنند. اینان بیشتر عزم جزم کرده‌اند که به دین خدمت کنند، نه این که دین را به خدمت خود درآورند. درونی بودن، یک جهت گیری دینی پخته است که با سازگاری عاطفی و اجتماعی پیوند مثبت برقرار کرده است، در حالی که انطباق دینی بیرونی و ناپخته، با سازگاری و سلامت روان، همبستگی منفی برقرار کرده است. آلپورت معتقد است که برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت بالغ و سالم، یک دینداری عمیق (درونی) لازم است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۷، ص. ۶۳).

هارولد کوئینگ، مذهب و عبادت را چیزی فراتر از کلمات و پاسخ‌های فیزیولوژیکی می‌داند. تحقیقات او به خوبی نشان می‌دهد که افراد مذهبی زندگی سالم‌تری دارند و به‌طور کلی احساس خوش بختی بیشتری می‌کنند، کمتر بیمار شده و یا دچار افسردگی می‌شوند و اگر دچار این گونه مشکلات شوند، سریع‌تر بهبود می‌یابند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۷، ص. ۶۴). کوئینگ، ده سازوکار برای تبیین رابطه بین مذهب و سلامت روان، ارائه می‌کند که تقریباً همه آن‌ها تأییدکننده اثر مثبت دین‌داری بر سلامت روان و به‌واسطه آن بر سلامت جسمانی افراد است.

---

1. Gordon Alport

براساس نظریات فوق، مدل نظری پژوهش به شکل زیر ارائه می‌شود و مورد آزمون قرار می‌گیرد:



شکل ۱- مدل نظری پژوهش

#### ۴. فرضیه اصلی تحقیق

بین دینداری و میزان سلامت شهروندان رابطه مستقیم وجود دارد (هراندازه دینداری شهروندان بیشتر / کمتر باشد، سلامت آن‌ها بیشتر / کمتر است).

#### ۵. روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش براساس هدف تحقیق کاربردی و از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها پیمایشی است. همچنین، این پژوهش از لحاظ میزان ژرفایی، پهنانگر است و با در نظر گرفتن معیار زمان، مقطعی است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، جمعیت ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد هستند که تعداد آن‌ها براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، ۸۸۰۶۷۳ نفر مرد و ۸۷۰۳۳۸ نفر زن را شامل شده است و براساس فرمول نمونه‌گیری کوکران و با احتمال خطای ۰.۰۵٪ تعداد ۳۰۰ نفر، به‌عنوان نمونه تحقیق

انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه استاندارد SF36 و پرسش‌نامه دینداری گلاک و استارک استفاده شد و پرسش‌نامه بعد از پیش‌آزمون و انجام دادن اصلاحات در آن در اختیار پاسخگویان قرار گرفت. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، خوشه‌ای چندمرحله‌ای، شامل (منطقه، ناحیه شهری، محله، بلوک و خانوار) است که در وهله اول از سیزده منطقه شهر مشهد با توجه به سطح توسعه‌یافتگی مناطق با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده دو منطقه شهر که از منطقه بالا، منطقه ۱، از منطقه پایین، منطقه ۵ انتخاب شد و سپس در هر منطقه، سه محله و از هر محله، پنج بلوک و از میان بلوک‌ها، خانوارها به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند و افرادی سی سال و بالاتر مورد پرسش قرار گرفتند.

جدول ۱- مناطق و محله‌های انتخاب‌شده

مناطق و نواحی	محله‌ها
منطقه ۱، ناحیه ۲	سجاد، آبکوه، ارشاد
منطقه ۵، ناحیه ۲	ثامن، مهرآباد، مهدی آباد

برای بررسی اعتبار وسیله اندازه‌گیری، اعتبار محتوایی مد نظر بوده است که براساس آن ابزار گردآوری اطلاعات به رؤیت تعدادی از متخصصان (گروه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد) رسید و براساس مشورت آن‌ها در عین وفاداری به چهارچوب اصلی مقیاس‌های استاندارد مورد نظر، برخی گویه‌ها اصلاح و بازنگری شد. برای بررسی پایایی گویه‌ها نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که میزان پایایی برای همه متغیرها بالای ۰/۷ بوده است. در این بررسی، علاوه بر توصیف داده‌ها، رابطه بین متغیر مستقل با متغیر وابسته با آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیونی واریانس شده است.

جدول ۲- ضرایب پایایی مقیاس دینداری و سلامت

شاخص	تعداد گویه	تعداد مشاهدات	ضریب آلفای کرونباخ	همبستگی بین گویه‌ای	وضعیت پایایی
سلامت	۳۶	۳۰	۰/۸۵۷	-	تأیید
بعد روانی	۱۴	۳۰	۰/۸۱۰	-	تأیید
بعد جسمانی	۲۲	۳۰	۰/۸۴۳	-	تأیید
دینداری	۱۵	۳۰	۰/۸۸۷	-	تأیید
بعد مناسکی	۳	۳۰	-	۰/۴	تأیید
بعد اعتقادی	۳	۳۰	-	۰/۲	تأیید
بعد عاطفی	۳	۳۰	-	۰/۳	تأیید
بعد پیامدی	۳	۳۰	-	۰/۴	تأیید
بعد دانشی	۳	۳۰	-	۰/۴	تأیید

#### ۶. تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم تحقیق

**تعریف نظری سلامت:** سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را به‌عنوان یک آرمان تعریف می‌کند. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸، سلامتی را چنین تعریف کرد: «حالتی است از بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا آسیب» (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

**تعریف عملیاتی سلامت:** در این بررسی، برای سنجش سطح سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر در شهر مشهد از پرسش‌نامه استاندارد SF-36 استفاده شده است که به‌وسیله ویر و شربورن<sup>۲</sup> ساخته شده و از طریق ۳۶ سؤال، سلامت شهروند را از ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهد و یکی از معتبرترین ابزار اندازه‌گیری سلامت عمومی در مطالعات جهانی محسوب می‌شود. مقیاس سنجش سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر در دو بعد؛ شامل

1. WHO

2. Ware & Sherbourne

سلامت فیزیکی<sup>۱</sup> و روانی<sup>۲</sup> سنجش شده که نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ را در بر گرفته است و نمره بالاتر به منزله سلامت بالاتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده است و ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های هشت‌گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین، این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از بیمار تفکیک کند. این پرسشنامه توسط کوششی، میرزایی، پوررضا و حسینی (۱۳۹۵) استفاده شده است.

جدول ۳- نمونه گویه‌های متغیر سلامت

بعد جسمانی	بعد روانی اجتماعی
دویدن یا پیاده‌روی طولانی مدت یا بلندکردن اجسام سنگین	کم‌نمودن از ساعات کاری یا فعالیت‌هایی که قبلاً انجام می‌دادید.
نشستن بر روی زانو یا خم شدن	کم‌شدن دقت و تمرکزتان به کار یا فعالیت‌های روزمره در مقایسه با گذشته.
محدودیت در انتخاب شغل یا کار دلخواه به دلیل مشکلات جسمانی	ناراحتی‌های جسمانی یا روانی تا چه حدی مانع رسیدگی به امور خانه و دیدار با فامیل و دوستان و همسایگان شده است.
در طول یک ماه گذشته تا چه حد درد و ناراحتی جسمانی را تجربه کردید.	احساس افسردگی شدیدی داشتم که احساس می‌کردم هیچ چیزی نمی‌تواند مرا از این وضع خارج کند.
در طول یک ماه گذشته احساس درد و ناراحتی جسمانی تا چه حدی کار و فعالیت شما را دچار مشکل و اختلال کرده است.	احساس می‌کردم که از کارافتاده و ناتوان شده‌ام

**تعریف نظری دینداری:** عبارت است از پذیرش تمام یا بخشی از عقاید، اخلاقیات و احکام دینی به نحوی که شخص دیندار خود را ملزم به تبعیت و رعایت از این مجموعه بداند (افشانی، فاضل نجف‌آبادی، حیدری و نوریان نجف‌آبادی، ۱۳۸۹، ۲۰۰).

1. Physical health
2. Mental health



تعریف عملیاتی دینداری: گلاک و استارک<sup>۱</sup> با توجه به تناقض‌های نتایج تحقیقاتی که پیرامون دینداری انجام شده بود، کوشیدند ویژگی‌هایی را از میان این پژوهش‌ها برگزینند تا براساس آن یک مفهوم عملیاتی مشخص برای دینداری بسازند. به عقیده این دو محقق، علی‌رغم این‌که در ادیان تفاوت‌هایی وجود دارد، وجوه مشترکی را بین آن‌ها می‌توان یافت. این عرصه‌ها، ابعاد اصلی دینداری را تشکیل می‌دهند و عبارت‌اند از: ابعاد اعتقادی، مناسکی، پیامدی، عاطفی و فکری (سراج‌زاده و پویافر، ۱۳۸۶).

#### جدول ۴- گویه‌های متغیر دینداری

بعد اعتقادی	قرآن کلام خداست و هر چه می‌گوید حقیقت محض است.
	هنوز مطمئن نیستم که قیامتی هم وجود داشته باشد.
	تعدادی از فرشتگان همواره رفتار ما را زیر نظر دارند.
بعد عاطفی	اگر گناهی مرتکب شوم، از خداوند تقاضای بخشش می‌کنم.
	هنگام زیارت اماکن متبرکه، احساس خوبی به من دست می‌دهد.
	اگر مشکلی برای انسان پیش بیاید، با توسل به امامان حل می‌شود.
بعد پیامدی	وقتی آدم مالیات می‌دهد، پرداخت خمس ضرورتی ندارد.
	من در کارهای روزمره‌ام حلال و حرام شرعی را رعایت می‌کنم.
	نگاه به نامحرم، تیری زهرآلود از ناحیه شیطان است.
بعد مناسکی	در مراسم دعای توسل یا کمیل شرکت می‌کنم.
	هرچند وقت یک بار قرآن می‌خوانم.
	در نماز جماعت مسجد شرکت می‌کنم.
بعد دانشی یا فکری	اطلاعاتم در مورد آیات قرآن مناسب است.
	برای یادگیری مسائل دینی تلاش می‌کنم.
	کتاب مربوط به حوزه دین را مطالعه می‌کنم.

## ۷. یافته‌های تحقیق

به‌طور کلی از بین ۳۰۰ شهروندی که مورد بررسی قرار گرفتند، میانگین سن پاسخگویان ۴۱/۳۹ سال بوده، ۳۲ درصد را زنان و ۶۸ درصد از جمعیت نمونه را مردان تشکیل داده‌اند.<sup>۱</sup> میانگین تعداد اعضای خانواده‌های نمونه مورد بررسی ۴/۱۵ فرزند بوده است. بیش از نیمی از پاسخگویان ۵۱/۷ درصد شاغل تمام‌وقت، ۲۱ درصد شاغل نیمه‌وقت، ۱۴/۳ درصد شاغل پاره‌وقت و ۱۳ درصد نیز بیکار می‌باشند. از نظر نوع شغل، ۳۹/۳ درصد از پاسخگویان دارای شغل دولتی هستند. همچنین، ۴۸/۷ درصد نیز شغل آزاد دارند؛ ضمن آن‌که ۱۲ درصد از پاسخگویان، شغل خود را اظهار نکرده‌اند. اکثر پاسخگویان؛ یعنی ۷۹ درصد ازدواج کرده، دارای همسر هستند و ۱۹ درصد از پاسخگویان هرگز ازدواج نکرده‌اند. همچنین، میانگین نمره دینداری در بین پاسخگویان ۳/۹۵۳ از ۵ و میانگین نمره سلامت آن‌ها ۷۷/۱۷۶ از ۱۰۰ بوده است که وضعیت مناسبی را در میان افراد بالای ۳۰ سال در مجموع نشان می‌دهد.

فرضیه کلی این تحقیق به این قرار بوده است که بین دینداری شهروندان و میزان سلامت آن‌ها رابطه مستقیم وجود دارد (هراندازه دینداری شهروندان بیشتر/ کمتر باشد، سلامت آن‌ها بیشتر/ کمتر است). با توجه به سطح سنجش دو متغیر دینداری و سلامت از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آزمون نشان می‌دهد که میزان همبستگی متغیر دینداری با میزان سلامت شهروندان ۰/۴۳۴ است. این نتیجه بیانگر وجود همبستگی مثبت (مستقیم) بین دینداری و سلامت است؛ به عبارت دیگر، نتایج آزمون نشان می‌دهد که با افزایش میزان دینداری شهروندان، میزان سلامت آن‌ها نیز افزایش می‌یابد و از نظر آماری در سطح اطمینان ۹۹ درصد مورد تأیید قرار گرفته است.

۱. با توجه به همکاری کمتر زنان در جواب‌گویی به پرسش‌نامه و تمایل بیشتر خانوارها به پاسخگویی از جانب مرد، سهم مردان در تعداد نمونه افزایش یافته است.

جدول ۵- نتایج آزمون همبستگی دینداری و سلامت

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی	سطح معناداری
دینداری	سلامت روانی اجتماعی	۰/۴۷۰	۰/۰۰۱
دینداری	سلامت جسمانی	۰/۳۶۸	۰/۰۰۱
دینداری	نمره کلی سلامت	۰/۴۳۴	۰/۰۰۱

برای ارزیابی رابطه‌ها و تأثیرات مؤلفه‌های دینداری بر سلامت شهروندان نیز می‌توان از تحلیل رگرسیون خطی استفاده کرد. شایان ذکر است در این تحقیق همه متغیرهای مستقل به شیوه هم‌زمان<sup>۱</sup> وارد محاسبات رگرسیونی شده‌اند. نتایج آزمون بیانگر آن است که متغیرهای وارد شده در مدل رگرسیونی، روی هم رفته، حدود ۳۶/۷ درصد از تغییرات سلامت شهروندان را تبیین می‌کنند.

جدول ۶- نتایج رگرسیون چندگانه

ضریب همبستگی چندگانه <sup>۱</sup>	ضریب تعیین <sup>۳</sup>	ضریب تعیین تعدیل شده <sup>۴</sup>
۰/۶۱۸	۰/۳۸۲	۰/۳۶۷

بر اساس نتایج رگرسیون چندگانه، ضریب همبستگی چندگانه متغیرهای مستقل با متغیر وابسته ۰/۶۱۸، ضریب تعیین ۰/۳۸۲ و ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۳۶۷ است. در بین متغیرهایی که وارد مدل شده‌اند، بر اساس بتای‌های استاندارد شده، متغیر مستقل دینداری بُعد دانشی دارای بیشترین تأثیر بر سلامت شهروندان و مقدار استاندارد تأثیرگذاری آن بر متغیر وابسته برابر با ۰/۴۷۹ است. در این میان، تنها وضعیت تأهل تأثیر معناداری بر سلامت نشان نمی‌دهد.

1. Enter
2. R
3. R Square
4. Adjusted R Square

جدول ۷- نتایج رگرسیون چندگانه برای سنجش اثر متغیرهای مستقل بر میزان سلامت

متغیرهای مستقل	بنا	سطح معنی داری
دینداری اعتقادی	۰/۱۱۹	۰/۰۰۱
دینداری دانشی	۰/۴۷۹	۰/۰۳۹
دینداری مناسکی	-۰/۳۱۸	۰/۰۰۱
دینداری پیامدی	۰/۴۰۳	۰/۰۰۱
دینداری عاطفی	۰/۱۷۱	۰/۰۰۶
وضعیت تأهل	۰/۰۲۴	۰/۶۰۷
جنسیت	-۰/۱۶۹	۰/۰۰۱

#### ۸. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر دینداری بر سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد صورت گرفته است. متغیر مستقل این پژوهش دینداری است و این متغیر از ۵ بعد اعتقادی، مناسکی، عاطفی، دانشی و پیامدی ساخته شده است. یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که میزان دینداری در جامعه مورد بررسی در سطح بالا (۳/۹۵۳ از ۵) است. به دلیل این که فرهنگ غالب بر جامعه، فرهنگ اسلامی و دینی است و مشهد نیز شهری مذهبی تلقی می‌شود، بنابراین، باورها و اعتقادات افراد از آن تأثیر می‌پذیرد.

متغیر وابسته این پژوهش سلامت است و این متغیر از دو بعد روانی اجتماعی و جسمانی تشکیل شده است. یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که میزان سلامت در جامعه مورد بررسی در سطح مناسب (۷۷/۱۷۶ از ۱۰۰) است. از آن جاکه اکثریت جمعیت در نمونه مورد بررسی با توجه به ساخت جمعیتی ایران، جمعیتی بین ۳۰ تا ۴۵ سال بوده و میانگین سن جمعیت مورد مطالعه ۴۱/۳۹ بوده است، انتظار می‌رفت سلامت از حد متوسط بالاتر باشد.

همچنین یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که میزان همبستگی متغیر مستقل دینداری با میزان سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر برابر با ۰/۴۳۴ است. این نتیجه بیانگر وجود همبستگی مثبت (مستقیم) بین دینداری و سلامت است. به طور خلاصه می‌توان گفت که

نتایج آزمون آماری برای بررسی رابطه میان دینداری و سلامت، گویای آن است که دینداری در ارتقای سلامت کل و ابعاد آن اثر معنی داری دارد. نتایج این آزمون با توجه به بحث‌های نظری مطرح شده درباره نسبت میان دینداری و سلامت دور از انتظار نبود. مطابق نظریه‌های مطرح شده، از طریق کارکردهای دین می‌توان اثر مثبت دینداری بر سلامت و ابعاد آن را تبیین کرد.

همچنین، رابطه دینداری و سلامت در مطالعه حاضر هماهنگ با نتایج مطالعات تجربی نظیر محمودی و فزون مهر (۱۳۹۳)؛ بلوردی، بلوردی و غیوری (۱۳۹۲)؛ بهرامی چگنی (۱۳۸۹)؛ چراغی و مولوی (۱۳۸۵)؛ آرسلان، همارتا و اوسلو<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)؛ روزمارینا<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)؛ است. دین چهره جهان را در نزد فرد دیندار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد، فرد دیندار خود را تحت حمایت و لطف همه‌جانبه خداوند می‌بیند و به این ترتیب، احساس آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. الوین، در تبیین رابطه دینداری و سلامت اظهار می‌کند که مذهب، ارتباط دائمی انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائمی او در لحظه‌های حساس بوده، تأثیر بسزایی در ایجاد بهداشت روانی سالم و درمان بیماری‌های جسمی و روحی دارد (رضاپور، فتحی، سرداری و شیرعلی پور، ۱۳۸۹، صص. ۸۳-۸۲). بنابراین، یکی از پیشنهادهای این تحقیق برای مطالعات آتی، تفحص بنیادی در متون اصیل اسلامی و استخراج راهکارهای عملی برای مقابله با اضطراب و افسردگی و در گام بعدی بررسی تأثیر این راهکارها بر کاهش نشانه‌های اختلالات مذکور است. مقایسه روش‌های روان درمانی صرف و روش‌های درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی نیز می‌تواند موضوع تحقیقات بعدی باشد. همچنین، از آن‌جا که مذهب و اعتقادات مذهبی تأثیر چشمگیری در سلامت افراد دارد، پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی جهت افزایش اعتقادات مذهبی و عوامل تأثیرگذار بر اعتقادات نیز انجام شود.

---

1. Arslan, Hamarta & Uslu  
2. Rosmarin

مسأله قابل توجه دیگر در این حیطة، لزوم بازبینی در فرآیند تربیت مذهبی کودکان و نوجوانان است. خانواده و نظام آموزشی از مهم ترین مراجع تربیت مذهبی در جامعه هستند. به نظر می رسد نقش این مراجع در تقویت بعد دانشی فکری بیشتر از سایر ابعاد دینداری است. بنابراین، بازبینی در مطالب کتب آموزش دینی در مقاطع مختلف آموزشی از دیگر پیشنهادهای این تحقیق است.

#### کتاب نامه

۱. افشانی، ع. ر و شیری محمدآباد، ح. (۱۳۹۴). بررسی رابطه میزان احساس انزوای اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد. تهران: دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی.
۲. افشانی، ع. ر.، فاضل نجف آبادی، س.، حیدری، م. و نوریان نجف آبادی، م. (۱۳۸۹). پژوهشی در باب رابطه دینداری و اعتماد اجتماعی. علوم اجتماعی، (۴۹)، ۲۱۷-۱۸۷.
۳. باورصاد، ب.، شمسی گوشکی، س. و محمدی، م. (۱۳۹۳). بررسی رابطه میان دینداری و سلامت روان منابع انسانی سازمان (مورد مطالعه: دانشگاه شهید چمران اهواز). توسعه اجتماعی، ۹(۲)، ۲۳۸-۲۱۷.
۴. بلوردی، ز.، بلوردی، ط. و غیوری، م. (۱۳۹۲). تحلیل جامعه شناختی رابطه دینداری با سلامت روان (پژوهشی در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان). مطالعات جامعه شناختی جوانان، ۳ (۹)، ۶۲-۴۷.
۵. بهرامی چگنی، ذ. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین دینداری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم آباد. روان شناسی و دین، ۳ (۲)، ۱۰۲-۹۱.
۶. پورمحمد، ر.، جهانبخش، ا. و محمدی، ا. (۱۳۹۶). بررسی نقش دینداری در مشارکت زنان در فعالیت های ورزشی (نمونه مورد مطالعه: زنان شهر تهران). علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، ۱۱ (۳)، ۱۰۸-۷۷.

۷. توکلی، س.، اسماعیل زاده، ف.، لشکری قوچانی، م. و محمدی، س. (۱۳۹۵). بررسی نقش دین در سلامت روان. سومین کنفرانس بین المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی. ایتالیا\_ رم: موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا.
۸. چراغی، م. و مولوی، ح. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. پژوهش‌های تربیتی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، ۲(۲)، ۱-۲۲.
۹. راد، ف.، محمدزاده، ف. و محمدزاده، ح. (۱۳۹۴). دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند). علوم اجتماعی، ۱۲(۲)، ۱۶۸-۱۳۷.
۱۰. رضاپور، ی.، فتحی، آ.، سرداری، م. و شیرعلی پور، ا. (۱۳۸۹). بررسی رابطه دینداری با رضایت از زندگی: با تعدیل‌گری مؤلفه‌های سلامت روانی. روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۵(۱۹)، ۸۹-۶۹.
۱۱. ریاحی، م. ا.، علیوردی‌نیا، ا. و بنی‌اسد، م. ر. (۱۳۸۷). بررسی اثرات دینداری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران. علوم اجتماعی، ۵(۲)، ۵۱-۹۰.
۱۲. رئیس، ر.، و منتظری توکلی، حمدالله. (۱۳۹۵). رابطه دینداری با سلامت روان و خودکارآمدی در دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم ناحیه یک کرمان. نخستین همایش جامع بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی. تهران: مرکز همایش‌های کوشاگستر با همکاری دانشگاه‌های کشور.
۱۳. زکی، م. ع.، و خشوعی، م. (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان. مطالعات جامعه‌شناختی شهر، ۳(۸)، ۷۱۰۸-۷۹.
۱۴. سراج‌زاده، ح.، جواهری، ف. و ولایتی خواجه، س. (۱۳۹۲). دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت درمیان نمونه‌ای از دانشجویان. جامعه‌شناسی کاربردی، ۱(۱)، ۷۷-۵۵.
۱۵. سراج‌زاده، ح.، و پویافر، م. ر. (۱۳۸۶). مقایسه تجربی سنجه‌های دینداری: دلالت‌های روش‌شناسانه کاربرد سه سنجه در یک جمعیت. جامعه‌شناسی ایران، ۸(۴)، ۷۳-۷۱.
۱۶. فتحی، م.، عجم‌نژاد، ر. و خاک رنگین، م. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. رفاه اجتماعی، ۱۲(۴۷)، ۲۴۳-۲۲۵.

۱۷. فرح بخش، س.، غلامرضایی، س. و نیک پی، ا. (۱۳۸۴). رابطه بین سلامت روانی و برخی متغیرهای زمینه‌ای در دانشجویان دانشگاه لرستان. *دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۷ (۳ و ۴)، ۸۶-۷۹.
۱۸. کلانتری، ع. و حسینی‌زاده آرانی، س. (۱۳۹۴). دین، سلامت روان و احساس تنهایی. بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی). *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۶ (۴)، ۲۵-۴۴.
۱۹. کوششی، م.، میرزایی، م.، پوررضا، ا. و حسنی در میان، غ. ر. (۱۳۹۵). تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در مناطق شهر مشهد. *علوم اجتماعی*، ۱۳ (۱)، ۱۲۹-۱۰۹.
۲۰. محمودی، م.، فزون‌مهر، ن. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط میان ابعاد مختلف دینداری با سطح سلامت روانی و احساس شادکامی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه در سال تحصیلی ۹۳-۹۲. *کنگره بین‌المللی فرهنگ و اندیشه دینی*. قم: مرکز راهبری مهندسی فرهنگی شورای فرهنگ عمومی استان بوشهر.
۲۱. موسوی، ر.، اکبری زردخانه، س. (۱۳۸۹). الگوی رابطه دینداری و سلامت روان دانشجویان: تفاوت‌های جنسیتی. *فرهنگ و مشاوره*، ۱ (۲)، ۱۷۰-۱۵۱.
۲۲. مولایی، ج.، رستمی، ا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین دینداری و سلامت روان (مطالعه موردی: جوانان شهر آبدانان). *همایش ملی عفاف، حجاب و سبک زندگی*. زاوه: دانشگاه پیام نور خراسان رضوی - اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی شهرستان زاوه.
۲۳. نگهداری، س.، محمدی‌نیا، ط. و صابر، ا. (۱۳۹۴). تبیین رابطه نگرش مذهبی و دینداری با سلامت دانشجویان. *دومین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران*. تهران: انجمن علمی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
۲۴. هزارجریبی، ج. و ارفعی عین‌الدین، ر. (۱۳۹۱). اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۳ (۱۰)، ۳۹-۶۴.



25. Arslan, C., Hamarta, E., & Uslu, M. (2010). The relationship between conflict communication, self-esteem and life satisfaction in university students. *Educational Research and Review*, 5(1), 31-34.
26. Kézdy, A., Martos, T., Boland, V., & Horváth-Szabó, K. (2011). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*, 34(1), 39-47.
27. Koenig, H. G. (2007). Spirituality and depression: A look at the evidence. *Southern Medical Journal*, 100(7), 737-740.
28. Quinn, T. C., & Utz, R. L. (2015). Personal religiosity and mental health care utilization among adolescents. In J. J. Kronenfeld (Ed.), *Education, social factors, and health beliefs in health and health care services* (pp. 139-159). Bingley, England: Emerald insight.
29. Rosmarin, D. H., Pirutinsky, S., Pargament, K. I., & Krumrei, E. J. (2009). Are religious beliefs relevant to mental health among Jews? *Psychology of Religion and Spirituality*, 1(3), 180-190.
30. Shahsavarani, A. M., Zoghifard, E., Mishamandani, M. E., Mahmoodabadi, M., Mohammadi, A., & Sattari, K. (2016). The efficacy of psycho-religious training on improvement of organizational behavior and mental health. *Journal of Fundamental and Applied Sciences*, 8(4S), 2153-2181.
31. Shiah, Y.-J., Chang, F., Chiang, S.-K., Lin, I.-M., & Tam, W.-C. C. (2015). Religion and health: Anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. *Journal of Religion and Health*, 54(1), 35-45.
32. Vaillant, G., Templeton, J., Ardelt, M., & Meyer, S. E. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*, 66(2), 221-231.
33. World Health Organization. (2005). *Promoting mental health—a report of the world health organization*. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)